Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

THE LIBRARY OF

CLASS S610.5
BOOK D44-W

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. F[illegible]K-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, [illegible]ODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-[illegible]lin. A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASZCZEWSKI-Berlin, L. TOROK-Budapest, A. TRÝB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

EINUNDSECHZIGSTER BAND

1915

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 10 ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1915

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(** bedeutet „Feuilleton".) Seite

Zur Kenntnis der Lichenformen, von Kurt Born 643
Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, von Smilovici 675
Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, von J. Schumacher 676
Histologische Untersuchungen an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen ruber planus, von Menahem Hodara 699
Über eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe, von E. Klausner 723
Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion, von F. Šamberger 739. 763. 791. 947. 976. 999
Lucien Jacquet †, von Br. Bloch 745
Unsere Therapie der kongenitalen Lues, von F. Hell 787
Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen, von A. V. Knack 811
Nachtrag 1060
Ein Fall von Urachusfistel (kombiniert mit kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend), von A. Gappisch 827
Gonorrhoe der weiblichen Genitalia interna, von E. Pontoppidan 843
Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung, von Max Bockhart 859
Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen, von J. Schumacher 860
Ein Simulationsfall von Gesichtskrampf bei einer Hysterischen, von Hans Marx . 883
Paul Ehrlich †, von Delbanco 907
Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bezüglich ihrer Wirkung bei experimenteller Syphilis, von Mario Copelli 908
Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation, von J. Schumacher 919
Nachtrag 997
Über Argulan, ein neues organisches Quecksilberpräparat, von Victor Mentberger 931
Beitrag zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten), von Otto Seifert 971
Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen, von E. Klausner 995
Die Trichophytinreaktion im Blutbild, von G. Miescher 1011
Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken, von Josef Schumacher 1035. 1054
Zur Technik der Neosalvarsananwendung, von Carl Stern 1040
Über zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie, von Tièche 1051
Felix Martin Oberländer †, von Posner 1061
Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus, von N. J. Goldkraut 1067
Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum, von B. Pontoppidan 1077
Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion), von V. Kafka 1091
Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii), von W. Fischer und H. Leschcziner . . 1115
**Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken, von Hans Lieske 1119
Über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion, von Bendig . . . 1139
Über Lupus follicularis disseminatus, von G. Nobl 1163

Digitized by Google

Versammlungen.

Seite

Berliner Dermatologische Gesellschaft 1103. 1126
Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1088
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 865. 893. 1106. 1127

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliográficas 749
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 868
Archiv für Dermatologie und Syphilis 728. 1024. 1153
Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma 1156
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 869
The British Journal of Dermatology 688. 983. 1110. 1155
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 651. 746
Lepra 730
The urologic and cutaneous Review 711. 774. 799. 871
Dermatologische Zeitschrift 725. 1023. 1151
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 777
Zeitschrift für Urologie 772
Zeitschrift für urologische Chirurgie 656
Dermatologisches Zentralblatt 730. 1025. 1155

Personalien: 674. 698. 722. 738. 762. 786. 826. 858. 882. 906. 930. 946. 970. 994. 1010. 1034. 1050. 1066. 1090. 1114. 1138. 1162. 1178.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Juli 1915 | Nr. 27 | Band 61

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Zur Kenntnis der Lichenformen.

Von

Dr. Kurt Born.

(Mit 3 Abbildungen.)

Im allgemeinen macht die Differentialdiagnose zwischen Lichen ruber acuminatus und Lichen syphiliticus nicht die geringste Schwierigkeit. Auch gestalten sich die beiden Hautaffektionen in ihrem weiteren Verlaufe durchaus verschieden. Die Effloreszenzen des Lichen syphiliticus können allerdings Monate hindurch unverändert persistieren — Balzer[1]) beobachtete einen Fall von 18monatlicher Dauer — und dabei ihre regionäre Beschränkung und charakteristische Gruppierung bewahren; bisweilen findet eine Weiterentwicklung zu kleinpustulöser Syphilis statt. Demgegenüber hat der Lichen ruber die Neigung, sich regellos über den größten Teil der Körperoberfläche zu verbreiten. Es schießen immer neue Knötchen neben den alten empor, so daß es schließlich zur Ausbildung diffuser, mit Schuppen bedeckter Plaques kommt. Auch das Abklingen beider Krankheitsprozesse ist verschieden. Das luetische Exanthem bildet sich gleichmäßiger zurück; wir finden neben leicht desquamierenden Involutionsformen zuletzt seichte, atrophische, meist mit Pigment ausgestattete Grübchen. Der Lichen ruber acuminatus hingegen bringt es noch zu neuen Eruptionen, wenn die alten mehr oder minder verändert oder involviert sind.

Die mikroskopische Untersuchung mit dem für Lichen syphiliticus charakteristischen Befunde von Riesenzellen und den bei allen papulösen Syphiliden nachweisbaren Unnaschen Plasmazellen, endlich die Wassermannsche Reaktion wird dem in der makroskopisch-klinischen Diagnose nicht hinreichend versierten Arzte die gewünschte Aufklärung bringen.

Nicht immer maßgebend für die Diagnose ist das Postulat sonstiger sekundär-syphilitischer Manifestationen, wie Plaques muqueuses des Mundes und Rachens, Kondylomen der Genitoanalregion u. dgl., da wie Rille betont, es gerade bei Lichen syphiliticus der Zufall oft genug mit sich

[1]) Balzer zit. bei Fournier, Traité de la Syphilis, Bd. 1, S. 305, Paris 1898.

Digitized by Google

bringt, daß die genannten Erscheinungen fehlen, und man auf die diagnostische Beurteilung des Exanthems als solches angewiesen ist. Lichen planus in seiner über die Körperoberfläche disseminierter Form ist gelegentlich von weitgehender Ähnlichkeit mit Lichen syphiliticus. Wie eine bemerkenswerte Beobachtung von RILLE[1]) zeigt, kann auch das Umgekehrte der Fall sein, indem ausnahmsweise einmal einzelne miliäre Syphilisknötchen eine den Follikelausmündungsstellen entsprechende punktförmige Vertiefung zeigen können, welche an die Dellenbildung des Lichen planus erinnert.

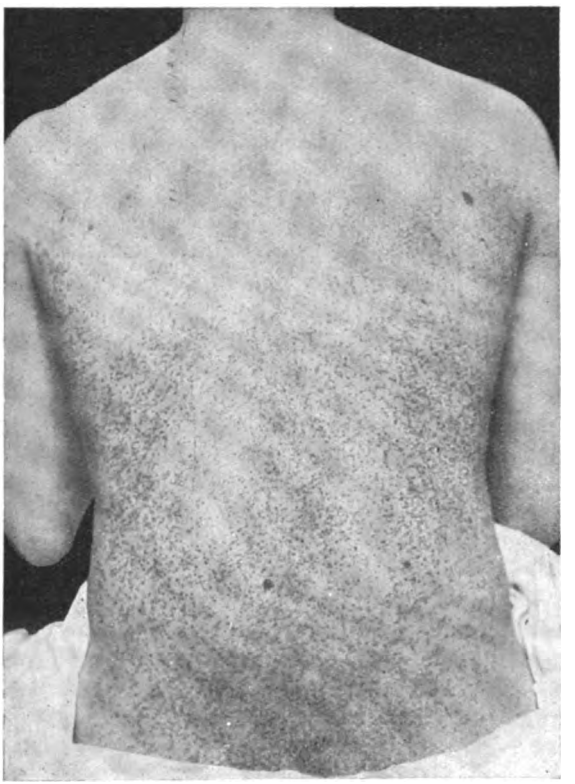


Fig. 1. Lichen syphiliticus.

Wenn wir auf diese diagnostischen Fragen hier eingegangen sind, so waren uns hierfür zwei nicht ganz gewöhnliche Beobachtungen der hiesigen Klinik maßgebend, einerseits ein Fall von Lichen syphiliticus mit dornenähnlichen Hornkegeln auf der Kuppe der Effloreszenzen, andererseits ein Fall von Lichen ruber acuminatus vom Typus der sog. Pityriasis rubra pilaris, bei welchem die Effloreszenzen am Stamme vielfach in Form von Gruppen und Kreislinien angeordnet waren.

Fall I (Lichen syphiliticus). C. H., 21 Jahre, Schlosser, aufgenommen 10. IV. 1903.

Anamnese: Als Kind bis auf einige Kinderkrankheiten gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren Operation wegen vereiternder Halslymphdrüsen, die schon längere Zeit vorher angeschwollen waren. Vor 6—7 Wochen bildete sich ein knötchenartiger Ausschlag am Körper ohne weitere Gesundheitsstörung. Da Bäder- und Salbenbehandlung nichts fruchteten, wurde Patient dem Krankenhause St. Jakob überwiesen und mit der Diagnose „Lichen scrofulosorum oder Lichen acuminatus?“ auf die Hautstation der derm. syph. Klinik

[1]) RILLE, Vier Kranke mit verschiedenen Lichenformen. Med. Gesellsch. Leipzig, 17. II. 1903; M. m. W., 1903, Nr. 12.

Digitized by Google

aufgenommen, bis Hr. Prof. Rille bei der nächsten Morgenvisite die Hautaffektion als Syphilis erkannte.

Status: Gut genährter, wohlgebauter Patient mit gut entwickelter Muskulatur. Die inneren Organe ohne Besonderheiten. Haut: Am Stamme mit Ausnahme der oberen Brustpartien, insbesondere an der Seitenwand des Thorax von den Brustwarzen nach abwärts und ganz besonders reichlich am Rücken befinden sich dichtgedrängte, meist stecknadelkopfgroße, braunrote, mitunter auch düster blaurot gefärbte Knötchen, welche in der Mehrzahl von einem kleinen, trockenen, hin und wieder 1—2 mm langen Hornkegel gekrönt sind. Dieselben sind zum Teil in deutlichen Reihen angeordnet oder zu Gruppen und Häufchen zusammengedrängt. Vielfach treten auch, zumal in der Lumbalgegend, ring- und kreisförmig angeordnete Knötchengruppen hervor. Weitaus am stärksten befallen ist der Rücken von der Spina scapulae an nach abwärts; namentlich die mediane Rückenfurche, die Skapularlinie, die Lumbal- und Kreuzbeingegend sind mit dichtgedrängten Knötchen besetzt (vgl. Fig. 1). An den Extremitäten ist die Partie unter der Deltoideswölbung, die Ellenbeuge und die innere Schenkelfläche am stärksten affiziert; hier treten die Hornkegel minder deutlich als am Stamme hervor. Im Gesicht finden sich nur einige wenige solcher mehr abgeflachter und etwas größerer Effloreszenzen an der Stirn. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens ist frei; die Submental- und Aurikularlymphdrüsen wallnußgroß und fluktuierend; aus einigen Fistelgängen entleert sich auf Druck Eiter.

In der Crena ani einige mäßig elevierte, über linsengroße, nässende, blaßrotbraune Effloreszenzen (breite Kondylome).

Therapie: Liquor ferri jodati, später Sublimatinjektionen, in deren Gefolge nach $3^1/_2$ Wochen Rückbildung der Hauterscheinungen mit Hinterlassung von Pigmentierungen und stellenweiser zart atrophischer Grübchenbildung erfolgt.

Wir haben es hier demnach mit einem lichenoiden, mit Hornkegelbildung einhergehenden Syphilide zu tun, das nicht geringe Ähnlichkeit mit Lichen ruber acuminatus darbietet.

Die Diagnose Syphilis ergab sich aus der meist braunroten, stellenweise mattglänzenden Infiltration der Effloreszenzen und vorzüglich aus der besonders an den abhängigen Rückenpartien prägnant hervortretenden Gruppenbildung. Auch die Lokalisation des Exanthems an der Vorderfläche des Körpers, insbesondere an der Seitenwand des Thorax in der Höhe des Rippenbogens, ferner in der Ellenbeuge ergaben die Gesamtphysiognomie eines Syphilides in unverkennbarer Weise. Die Diagnose wurde durch die Auffindung nässender, breiter Kondylome in der Aftergegend erhärtet und durch den Effekt der spezifischen Therapie vollends bestätigt. Die Wassermannsche Reaktion war damals noch nicht bekannt.

Trotzdem die hier von uns mitgeteilte Beobachtung eines Lichen syphiliticus mit Hornkegelbildung zu den größten Seltenheiten gehört, steht unser Fall in der Literatur nicht allein da. Eine ganz analoge Beobachtung ist bereits von Howard Fox[1]) — sechs Jahre nach unserem Falle — veröffentlicht worden.

[1]) Fox, Howard, A Case of Syphilis resembling Pityriasis rubra pilaris, J. Am. m. Assoc., 1909, Bd. 53, S. 947.

Digitized by Google

Die Patientin, eine 30jährige Witwe, kam im August 1908 zur Beobachtung und zeigte ein über Gesicht, Stamm und Extremitäten verbreitetes Exanthem. Dieses bestand aus stecknadelkopfgroßen, konisch prominenten, mit Schuppen gekrönten Knötchen, die keine Neigung zur Konfluenz zeigten und keinen Juckreiz verursachten. Am Gesicht fanden sich wenig prägnante, gerötete, schuppenbedeckte Flecke. Eine Genitalaffektion war nicht bekannt. Keine Drüsenschwellungen, keine Veränderungen in der Mundhöhle. Die Volae manus waren schwielig verdickt; es bestand aber keine Psoriasis luetica. Auffällig war nur die Neigung der Knötchen, zu Gruppen zusammenzutreten. Die Streckseiten der Extremitäten waren frei.

Von einem namhaften Dermatologen New Yorks wurde dieser Fall mit Bestimmtheit für Pityriasis rubra pilaris erklärt. 14 Tage später zeigten die Effloreszenzen gewisse Veränderungen, indem sie sich zu echten Papeln umwandelten. Die nun einsetzende spezifische Behandlung war von Erfolg; denn im Verlaufe eines Monates bildete sich der größere Teil der Knötchen zurück. Als weiteres Symptom der sekundären Lues entstand nach einigen Wochen noch eine ziemlich starke Iritis.

Eine instruktive Abbildung des Falles zeigt große Ähnlichkeit mit unserer Leipziger Beobachtung.

Wohl höchst ungewöhnlich ist die von La Mensa[1]) verzeichnete Mitteilung eines Falles von Lichen scrofulosorum mit solcher generalisierter Dornenbildung.

Bei einem 12jährigen, schlecht genährten, mit fieberhafter, chronischer, diffuser Bronchitis behafteten Jungen besteht eine am Stamme lokalisierte, aus nadelkopfgroßen Knötchen bestehende Hauteruption. Die Effloreszenzen sind teils von gelblicher, teils von roter Farbe und von kleinen, dünnen, adhärenten Schüppchen bedeckt und vermehren sich an der einen Stelle, während sie an der anderen von selbst verschwinden. Einzelne zeigen Hornfilamente, die wie Dornen hervorragen und zuweilen von einem Lanugohaare durchbohrt sind. Diese Hornfortsätze lassen sich mit dem Fingernagel leicht zerquetschen und bestehen mikroskopisch aus Lamellen von Hornsubstanz. Entfernt man sie, so wachsen sie bald wieder nach.

Ophthalmo- und Kutisreaktion geben ein deutlich positives Resultat. Histologisch finden sich perifollikuläre Infiltrate, deren Struktur sich der des Tuberkels nähert.

Auch Hallopeau[2]) gibt an, daß die Schuppen bei Lichen scrofulosorum bisweilen ein horniges Aussehen darbieten und eine förmliche Schuppenscheide um den Haarschaft bilden können, so daß die Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra pilaris zu einer frappanten wird.

Eine analoge Beobachtung ist möglicherweise die von Blaschko[3]); auch Crocker[4]) hat vielleicht ähnliches vor Augen, wenn er die Möglichkeit der Verwechslung eines ungewöhnlich stark schuppenden Lichen scrofulosorum mit Psoriasis punctata anführt.

---

[1]) La Mensa, N., Lichen scrophulosorum mit generalisierter Dornenbildung, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 103, S. 219—226 (mit Abbildung). — [2]) Hallopeau u. Leredde, Dermatologie, Paris 1900, S. 517. — [3]) Blaschko, Berl. Derm. Gesellsch., 1. Juli 1902; Ref. Mh. f. pr. Derm., 1902, II, Bd. 35, S. 152 und Derm. Zschr., 1903, Bd. 10, S. 43 f. — [4]) Crocker, Diseases of the Skin, 2. Auf., London 1893, S. 278; 4. Aufl., 1903, S. 404.

Digitized by Google

Fall II (Lichen ruber acuminatus). Seit August 1910 war an der hiesigen dermatologischen Poliklinik lange Zeit ein Fall von Lichen ruber acuminatus in Beobachtung, der diagnostisch keine Schwierigkeiten bot, aber dadurch, daß die Einzeleffloreszenzen in einer dieser Affektion gewöhnlich nicht zukommenden Weise an bestimmten Stellen in Gruppen, Kreisen und Bogenlinien angeordnet waren, höchst bemerkenswert ist und eben deshalb einigermaßen an Lichen syphiliticus erinnerte.

Es handelte sich um den 22-jährigen Versicherungsbeamten K.R. Die eigene und die Familienanamnese sind ohne Besonderheiten. Die ersten Anfänge seines Leidens datiert Patient acht Jahre zurück.

Status: Auf der mit vollem Haar versehenen Kopfhaut läßt sich leichte Abschuppung wie bei Seborrhoea sicca nachweisen. An den seitlichen Partien der Stirn finden sich zahlreiche, wenig prominente, bräunliche Knötchen, die an ihrer Spitze Hornschüppchen tragen. Die Haut der Augenbrauengegend ist fein granuliert und mit Schuppen bedeckt, die von den austretenden Haaren durchbohrt werden. Die Wangen fühlen sich rauh an und scheinen wie mit einem feinen Puder bestäubt. Im übrigen ist die Gesichtshaut von normaler Beschaffenheit. Um Hals und Nacken finden sich die Veränderungen in Gestalt zweier parallel verlaufender Kreislinien. In der Höhe der Regio hyoidea sind die Knötchen gröber, flacher, in Reihen gestellt und durch Querfurchen getrennt, so daß die Haut wie Chagrinleder aussieht; nach den Seiten hin stehen sie isolierter, um am Nacken wieder zu einer grobgekörnten, mäßig schuppenden Plaque zusammenzutreten. Die untere Kreislinie beginnt an den seitlichen Halsteilen unterhalb des Kehlkopfes; die Knötchen werden nach hinten zu zahlreicher und bilden in der Gegend der Vertebra prominens einen großen Herd von granulierter Oberfläche und stärkerer Rötung.

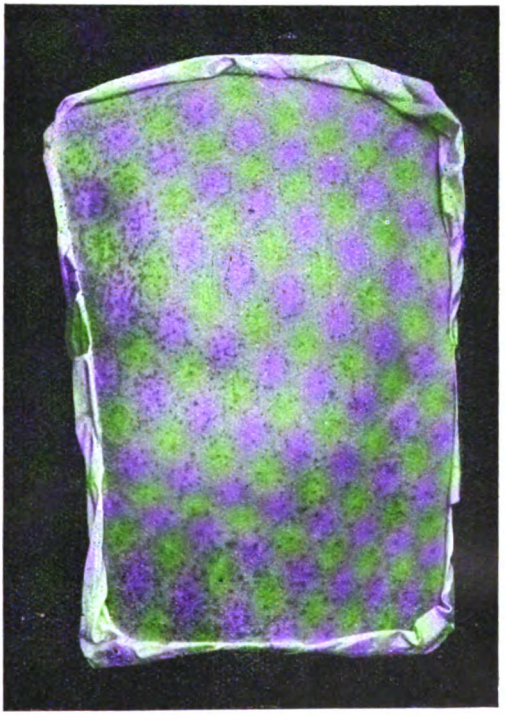


Fig. 2. Lichen ruber acuminatus.

Die vorderen Brustpartien sind nur schwach befallen, reichlicher finden sich die Effloreszenzen über den vorderen Achselfalten und abwärts von den Mamillen an den abhängigen Thoraxpartien. Hier zeigen sie eine ausgeprägtere, konische Form und die bekannten Hornhügelchen.

Der Hauptsitz der Erkrankung ist die Haut des Abdomens. In einiger Entfernung vom Nabel stehen dichtgedrängte, rötlichbraune, zugespitzte Knötchen mit charakte-

Digitized by Google

ristischen, federfahnenähnlichen, hornigen Fortsätzen, die besonders bei seitlicher Betrachtung auffallen. Nicht zu verkennen ist ihre Neigung, in dieser Gegend zu offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zusammenzutreten (vgl. Fig. 2). Weiter abwärts in der Unterbauchgegend stehen sie in querverlaufenden Reihen entsprechend der Spaltrichtung der Haut. Penis und Skrotum sind frei; in der Regio pubica hat die Epidermis die Beschaffenheit einer Cutis anserina und ist mit feinen Schüppchen bedeckt, die von den Pubes durchsetzt werden.

In der Gegend des Akromion finden sich beiderseits rote, prominente, dichter gestellte Knötchen, darunter einige größere akneartige; dicht besetzt ist auch die hintere Achselfalte; über den Schulterblättern treffen wir die schmutzigbräunlichen Effloreszenzen in geringerer Zahl. Nach der hinteren Medianfurche werden sie immer spärlicher, so daß letztere fast frei erscheint. Unterhalb der Skapulae werden sie wieder zahlreicher. Die Einzeleruptionen sind hier wenig eleviert und in Form eines weitmaschigen Netzes angeordnet. Am stärksten befallen ist der Rücken in Höhe und unterhalb des Taillengürtels sowohl in der Medianfurche wie auch in den seitlichen Partien. Analog dem Befunde in der Regio mesogastrica sind hier die Knötchen gut konisch ausgeprägt, von rotbrauner Färbung und mit feinborstigen Fortsätzen versehen. In gleicher Weise ist auch die Anordnung in offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zu konstatieren. Andernorts wieder stehen sie so gehäuft, daß man von Gruppenbildung sprechen kann.

Fig. 3. Lichen ruber acuminatus.

Die Gesäßgegend ist von zahlreichen, weniger prominenten, gelbbräunlichen Effloreszenzen bedeckt, die der Haut besonders über den Sitzbeinhöckern eine reibeisenähnliche Beschaffenheit verleihen. In der Kreuzbeingegend zu beiden Seiten der Afterkerbe befindet sich ein größerer, scharf hervortretender Herd, der an grob chagriniertes Leder erinnert und mit weißlichen bis schwefelgelben, fest anhaftenden Schuppen bedeckt ist.

Beide obere Extremitäten sind gleichmäßig affiziert. In toto sind die Beugeseiten weniger befallen. In der Ellenbeuge und oberhalb des Handgelenks am untersten Drittel des Unterarms ist die Haut von normaler Beschaffenheit. An den Streckseiten treten die Knötchen zahlreich in unregelmäßiger Verteilung auf, am Oberarm mehr hellbraun und zierlich, in den distalen Teilen des Unterarmes mehr blaurot und deutlich kegelförmig. Über dem Olekranon finden sich jederseits eine schuppenbesetzte, drusig-papilläre Plaque. Gut ausgebildete, mit Hornkegelchen gekrönte Knötchen bedecken den Handrücken, welche mitunter gleichfalls in ganzen oder halben Kreisen formiert sind (vgl. Fig. 3). Während die Mitte desselben minder befallen ist, sind die radiale und ulnare Seite von je einem zirkumskripten, längs gestellten Krankheitsfelde

Digitized by Google

eingenommen, das seine Zusammensetzung aus Einzeleffloreszenzen gut erkennen läßt. Derartige kleinere Herde nehmen auch die Streckseite der Grundphalange des zweiten bis fünften Fingers ein; auf der entsprechenden Stelle des Daumens sind die Eruptionen spärlicher. Die Nägel sind verdickt, ihre Oberfläche glanzlos. An der Vola manus ist die Haut rauh, trocken, schwielig verdickt und braunrot matt glänzend. Die Furchen sind scharf ausgeprägt und durch Schuppenbildung weißlich verfärbt.

Beide untere Extremitäten sind in gleicher Weise affiziert. Am Oberschenkel sind Streck- und Beugeseite von zahlreichen, unregelmäßig verteilten, gelbrötlichen Knötchen besetzt. Die Gegend der Patella und die Fossae popliteae sind verschont geblieben.

Am Unterschenkel finden sich Effloreszenzen bis fast zu den Knöcheln in geringerer Zahl und weniger prominent. An der medialen Seite des Fußrückens, am äußeren Knöchel, besonders links und über der Achillessehne sehen wir chagrinierte, mit Schuppenauflagerungen versehene Krankheitsherde. Die ersten Phalangen der zweiten, dritten und vierten Zehe sind in ähnlicher Weise verändert wie die entsprechenden Stellen der Finger. Die Nägel sind verdickt, mißfarbig und an der Oberfläche schilfrig. Die Fußsohle ist in eine glänzend braunrote, derbe Schwiele umgewandelt, von tiefen Furchen durchzogen und mit dicken, wachsgelben Schuppen bedeckt, die insbesondere die Ferse wie mit einem Panzer überziehen.

Der Patient fühlt sich, abgesehen von etwas Mattigkeit in den Beinen, wohl; Juckreiz besteht nur in geringem Grade, meistens in den Abendstunden.

Daß die Effloreszenzen des Lichen acuminatus außer in Form von Strichen auch in Kreisformen angeordnet sein können, ist zwar in einigen Lehrbüchern verzeichnet, doch keineswegs noch gebührend und eingehend gewürdigt worden. Hebra selbst, der erste Beschreiber des Lichen ruber, erwähnt in der ersten Auflage seines großen Werkes (1860) nichts hiervon, und man hat den Eindruck, daß er nur die Akuminatusformen von diffus flächenhafter Verbreitungstendenz kenne. In seiner bekannten, dortselbst abgedruckten differentialdiagnostischen Tabelle über die Lichenformen ist geradezu von „nichtgruppierten“ Knötchen gegenüber „der gruppenweisen Anordnung“ des Lichen scrofulosorum die Rede. In der zweiten von Kaposi bearbeiteten Auflage des Hebraschen Werkes (1874) ist allerdings in Text wie Tabelle auch von gruppierten Knötchenbildungen die Rede; es steht aber außer Zweifel, daß die Autoren an dieser Stelle keineswegs den Lichen acuminatus, sondern den ihnen vordem unbekannt gewesenen, inzwischen von Erasmus Wilson (1869) und Isidor Neumann (1873) beschriebenen Lichen planus vor Augen haben. Erst in dem von Kaposi selbständig edierten Lehrbuche[1]) findet sich, nachdem der Autor in der Folge seine umfassenden Erfahrungen über Lichen ruber gesammelt hatte, der Passus, daß die Akuminatusknötchen, welche vorerst disseminiert stehen, sich alsbald in Strichen oder Kreislinien anreihen. Lehrreich in dieser Beziehung ist

[1]) Kaposi, Path. u. Ther. d. Hautkrankh., 5. Aufl., Wien u. Berlin 1899, S. 469.

Digitized by Google

die kolorierte Abbildung eines 1867 von Hebra beobachteten Falles, welche der Abhandlung von Kaposi: „Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus“ [1]) beigegeben ist. Es handelt sich um einen 38 Jahre alten Kranken, welcher zum ersten Male im zweiten Lebensjahre von Lichen acuminatus befallen worden sein soll und 1867 die vierte, 1894 die neunte von Kaposi beobachtete Licheneruption zeigte. Nicht so sehr aus der wenig eingehenden Krankengeschichte als vielmehr aus der Abbildung des Falles läßt sich entnehmen, daß außer unregelmäßig über Stamm und Extremitäten disseminierten Lichenknötchen sich auch zu scheibenförmigen Gruppen und Häufchen sowie auch in Kreissegmenten und Bogenlinien angeordnete Effloreszenzen daselbst vorfinden. Diese Beobachtung von Hebra und Kaposi zeigt demnach große Analogien mit unserem Falle, welcher allerdings die Kreisformen in noch exzessiverem Grade darbietet. Selbst Besnier [2]) und Richaud [3]), welchen wir so sehr eingehende Beschreibungen dieser von ihnen bekanntlich als Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Verlaufsvariante des Lichen ruber acuminatus verdanken, sprechen bloß von einer je nach der befallenen Körperregion streifenförmigen, viereckigen oder rhomboidalen Anordnung der Primäreffloreszenzen, an keiner Stelle aber von einer solchen in Kreislinien. Jarisch [4]) hat in seiner Schilderung der Morphologie des Lichen acuminatus anscheinend in erster Linie die diffusen Formen vor Augen und spricht außerdem nur noch von haufenförmiger Anordnung der Lichenpapeln. Da diese doch hauptsächlich an die Haarfollikel gebunden seien, so erscheine bei den mehr mit zerstreuten Knötchen einhergehenden Eruptionen dieselbe als eine ganz gesetzmäßige, den Linien eines Haarwirbelgebietes entsprechende. Es ist nicht unmöglich, daß Jarisch hierbei an kreisförmige Knötchenherde denkt. Rille [5]) erwähnt außer der diffusen Verbreitung und Streifenbildung auch noch die Anordnung in geschlängelten Linien. Fig. 10 seines Lehrbuches zeigt die Photographie eines Akuminatusfalles [6]), wo sich am Rücken neben einem ausgedehnten, diffusen, schuppigen Herde der Medianlinie auch isolierte, lateralwärts gelegene, scheibenförmige, nicht ringförmige Einzelherde vorfinden. Mit der Publikation dieses Falles soll durchaus nicht gesagt sein, daß die Anordnung von Akuminatusknötchen in Kreisform etwas gänzlich Ungewöhnliches sei, sondern

[1]) Arch. f. Derm, 1895, Bd. 31, S. 1 ff., Tafel II. — [2]) Besnier in Kaposi, Maladies de la peau, traduction avec notes, 2. Aufl., Paris 1891, Bd. 2, S. 589. — [3]) Richaud, Alfred, Étude sur le Pityriasis pilaris. Thèse. Paris, A. Parent, 1877. — [4]) Jarisch, Hautkrankheiten, Wien 1900, S. 370. — [5]) Rille, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh., Jena 1902, S. 68. — [6]) Rille, Fall von Lichen ruber acuminatus. Wissensch. Ärztegesellsch. Innsbruck, 2. Juni 1899, W. kl. W., 1899, S. 759.

Digitized by Google

bloß, daß sie von den Autoren meist nicht genügend hervorgehoben worden ist. Sie ist um so wichtiger, als sich, wie Rille hervorhebt, aus der Existenz dieser kreisförmigen Anordnung ein weiteres Argument für die Unität der Lichen ruber-Formen (Lichen planus, L. acuminatus, Pityriasis rubra pilaris) ableiten läßt.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

November 1914.

Eine klinische, pathologische und experimentelle Studie der Veränderungen, welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden, von John Hinchman Stokes-Ann Arbor. (Fortsetzung und Schluß folgt in der nächsten Nummer.)

Äußere Vakzinetherapie, von Harvey Parker Towle-Boston. T. begann diese Methode, unabhängig von anderen Forschern, im Sommer 1912 anzuwenden und hat sie seitdem an mehr als 150 Fällen erprobt. Nach verschiedenen Versuchen erwiesen sich als die besten Fettgrundlagen Lanolin, Vaselin, Coldcream und zwar entweder für sich allein oder kombiniert. Für Pasten wird Stärke zugesetzt und für die haarigen Teile, wo Salben und Pasten wenig geeignet sind, zeigte sich eine dünne, mit etwas Coldcream versetzte Emulsion als bestes Anwendungsmittel. Ohne Rücksicht auf die gewählte Form der Salbengrundlage ward es als wünschenswert befunden, das Vakzinepräparat mit den Fingern so lange einzureiben, bis ein beträchtlicher Teil desselben unter der Haut verschwunden ist, außer in Fällen exsudativer Eruption, wo es genügt, die Impfsalbe nur aufzutragen. Die Indikationen für die äußere Vakzinetherapie sind vor allem akute Infektionsprozesse oberflächlichen Sitzes und von diesen sind es wiederum die Staphylokokkeninfektionen, die am günstigsten beeinflußt werden, in erster Linie Furunkulose, wo mit einer 400000000 Staphylokokken enthaltenden Bor-Coldcream-Salbe ganz überraschend gute Resultate erzielt wurden, dann akute Sekundärinfektion eines früheren Ekzems, Impetigo und Ähnliches mehr. Die Aknevakzine wurde selten ohne Beimischung der Staphylokokkenvakzine angewandt, da wahrscheinlich die akuten, bei seborrhoischen Affektionen vorhandenen Entzündungserscheinungen weniger das Resultat des milden Aknebazillus als der allgegenwärtigen Eitererreger sein dürften. Tuberkulin-Salben (0,1 : 30) schienen bei Lupus vulgaris eine bessere Wirkung zu haben, wie bei Erythema induratum; in vier Fällen von Lupus erythematosus hatte eine Mischung von Tuberkulin (0,01), in Salbenform mit 200000000 Bazillen einer Akne-Stock-Vakzine angewandt, ganz überraschend gute Resultate. Schließlich sei noch eines Falles ausgedehnter, durch Trichophyton megalosporon bewirkter Bartaffektionen (Bartflechte) gedacht, die durch eine (800000000 Millionen Staphylokokken enthaltende) Borsalbe in einigen Tagen bedeutend gebessert und nach Ablauf von vier Wochen völlig geheilt war.

Ein Beitrag zur Autoserotherapie gewisser Hautkrankheiten, von Jose S. Hilario-Manila. Besonders bei jenen Dermatosen, welche augenscheinlich nervösen Ursprungs sind und bei jenen, wo außerordentliche Überempfindlichkeit der Haut auf äußere Einflüsse besteht, hat sich die Anwendung von frischem, autogenen Serum, intravenös in der Dosis von 15—40 ccm injiziert und zwar 2—6 mal in Pausen von 6—8 Tagen, ohne Zweifel als Heilmittel, das keiner gleichzeitigen äußeren Medikation bedarf, bewährt. Lichen planus, Dermatitis herpetiformis, Epidermolysis bullosa, Pruritus cuta-

Digitized by Google

neus, Röntgenstrahlengeschwür, Psoriasis wurden als besonders geeignete Krankheitsarten gewählt. Das Autoserum erwies sich als vorzügliches, juckstillendes Mittel, bei Psoriasis wirkt es ferner dadurch, daß es die Widerstandsfähigkeit des kranken (psoriatischen) Gewebes vermindert und es damit geeigneter zur Einwirkung schwachprozentiger Chrysarobinsalben macht. 2—3%ige Chrysarobinsalbe ist dann genügend, um vollständige Desquamation des Epithels an den Psoriasisherden in Gemeinschaft mit der Autoserumbehandlung zu erzielen. Durch diesen relativ niederen Prozentgehalt an Chrysarobin ist die Möglichkeit einer sekundären Dermatitis bei den Psoriasispatienten in Wirklichkeit ausgeschaltet. Die Anwendung von Chrysarobin braucht nicht erst auf eine bestimmte Anzahl von Injektionen zu folgen, sondern je früher die Salbe angewendet wird, um so rascher die Heilung der Krankheit. Das Autoserum, wenn antiseptisch und in richtiger Weise hergestellt, verursacht keine klinische Reaktion, ist vielmehr imstande, den hämolytischen Ambozeptor im Serum des Individuums, dem es injiziert wird, zu erhöhen.

Herpes zoster als Arsenikfolge, von R. C. Finlay-Grace Miss. Vorliegender Fall zeigt den klaren Zusammenhang zwischen lokaler Arsenikanwendung und dem Auftreten von Herpes in der benachbarten Körpergegend: zwei Tage nach Anwendung von Arsenik zur Tötung eines kranken Zahnwurzelnerven bei einem Erwachsenen trat auf der betreffenden Seite (Haut der linken Wange und des Nackens) eine tiefrote Schwellung mit eingestreuten kleinen Bläschen auf. Die Behandlung bestand anfangs in Ichthyolglyzerin, später einfachen Breiumschlägen, welche mehr Erleichterung brachten, Morphium ward notwendig. Allmähliche Besserung, die Temperatur war niemals sehr hoch, Schmerz konstant und nach sechs Monaten noch neuralgische Überreste vorhanden; gelegentlich wurde Aspirin gegeben, ferner zur Kräftigung Eisen und kleine Dosen Arsenik.

Dezember 1914.

Eine klinische, pathologische und experimentelle Studie über die Veränderungen, welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden, von John Hinchman Stockes-Ann Arbor. (Fortsetzung und Schluß.) Der erste Teil dieser Arbeit umfaßt eine genaue Beschreibung dieser Stechmücke, eine Literaturübersicht und eine Beschreibung der von ihr hervorgerufenen Veränderungen, der zweite Studien zur Pathologie dieser Veränderungen am Menschen und experimentelle Studien zur Reproduktion von Veränderungen aus hergestelltem Impfmaterial und zum Verhalten des toxisch wirksamen Stoffes. Die „schwarze Fliege" ruft einen schmerzlosen Biß mit Ekchymosis und Hämorrhagie an der Bißstelle hervor, woraus sich im Verlaufe von mehreren Tagen bis Wochen eine papulo-vesikulöse Effloreszenz auf urtikarieller Basis entwickelt. Heftiges lokales oder diffuses Juckgefühl mit Hitze und Brennen in den früheren Stadien, wenn das Ödem ein ausgeprägtes ist, sind die Begleiterscheinungen. Die Fliege scheint mit besonderer Vorliebe die Haut um die Wangen, Augen und den Nacken längs der Haargrenze und hinter den Ohren zu befallen. Bei der Mehrzahl der empfindlichen Personen entwickelt sich innerhalb 48 Stunden nach dem Bisse an der entsprechenden Seite Schwellung der Halsdrüsen; dieselbe ist ausgesprochen schmerzhaft, die Drüsen auf Druck empfindlich und gehen meist ohne Eiterung wieder auf die normale Größe zurück. Je nach der Jahreszeit gibt es offenbar Veränderungen in der Virulenz der Fliege und in der Reaktion des gleichen Individuums auf verschiedene Bisse. Durch wiederholte Einwirkung kann Immunität auf alle mit Ausnahme der frühesten Erscheinungen erzielt werden und ist eine solche Immunität bei Eingeborenen einer infizierten Gegend gewöhnlich hochgradig entwickelt. Was die histopathologischen Befunde betrifft, so finden sich die hauptsächlichsten Veränderungen im Korium, bestehend in Gefäßerweiterung mit perivaskulärem

Digitized by Google

Ödem und polymorpher Infiltration, ausgesprochener lokaler Eosinophilie, Vermehrung der Mastzellen und Schwellung der Papillarkörper. Epidermale Veränderungen sind nicht ausgeprägt und nur sekundär auf jene in der Kutis sich einstellend. Die aufgezählten histologischen Veränderungen hinterlassen nach ihrer schließlichen Resorption nur einen leichten Rückstand von Fibrosis in der Kutis, speziell um die Gefäße herum und mehr weniger ausgeprägte Pigmentierung. Die experimentellen Versuche ergaben als bedeutungsvollstes Resultat die künstliche Reproduktion der von der Schwarzfliege hervorgerufenen charakteristischen histologischen Affektion durch konservierte Fliegen. Wenn es auch Verfasser nicht gelungen ist, die Natur des toxischen Agens festzustellen, so dünkt es ihm, wie Langer von der Biene annimmt, eine alkaloide Base, toxisch wie eine solche zu sein und noch Injektion durch Antikörper, welche im Organismus sich bilden, neutralisierbar. Die injizierte Speichelflüssigkeit der Fliege enthält wahrscheinlich an sich keinen Giftstoff, aber es ist möglich, daß sie, wie viele Proteine, erst toxisch wird, wenn sie sich zersetzt hat. Im Blutserum vorhandene lytische Elemente können bei der Freimachung des Giftstoffes aus seiner ungiftigen Kombination die Hauptrolle spielen. Je nach der chemischen Natur des injizierten Proteins kann eine spezifische Reaktion, wie Eosinophilie, vorkommen oder nicht; von diesem Gesichtspunkte aus würde die, auf Insektenstiche sich entwickelnde Immunität einen Platz bei dem ausgedehnteren Problem der Anaphylaxis beanspruchen.

Ein Fall von miliarem Lichen planus mit ungewöhnlichen klinischen und pathologischen Befunden, von I. R. Pels-Baltimore. Der Fall betraf einen 50jährigen, unverheirateten Russen, bei dem das Hautleiden vor etwa 8—9 Monaten mit einer leichten papulösen Eruption an der Beugeseite des linken Vorderarmes nahe dem Handgelenk begann und allmählich unter gleichzeitigen Magendarmstörungen beinahe den ganzen Körper befiel. Gesicht, behaarter Kopf, Hände und Füße waren ganz frei von der Eruption, während Knie, Handgelenke und Vorderarme, Gesäß, Brust, Rücken, Hoden und Penis besonders stark befallen waren. Die Primäreffloreszenz war eine Papel und der ganze Ausschlag bestand aus Papeln, die etwa 1 mm im Durchmesser, rund oder eckig, leicht erhaben und flach waren; Schuppenbildung war nicht vorhanden. Die Pirquetsche Tuberkulinprobe, ebenso wie jene mit subkutaner Tuberkulininjektion (1 : 20,000 mg) ergaben eine ausgesprochen positive Reaktion. Vom histologischen Standpunkte aus — das Vorkommen von Riesen-, epitheloiden und kleinen einkernigen Zellen in keinem bestimmten Verhältnisse — müßte die Krankheit als Lichen planus einer selteneren Abart, die vielleicht am meisten Ähnlichkeit mit dem von Pinkus beschriebenen Lichen nitidus hat, anzusehen sein (geringe Menge polymorpher Leukozyten, Fehlen elastischer Fasern und die Elemente eines tuberkulösen Granulomas). Differentialdiagnostisch kämen, sowohl nach dem klinischen wie histologischen Bilde, noch zwei andere Dermatosen, nämlich Lichen scrophulosorum und miliares papuläres Syphilid in Betracht: ersterer kommt fast nur bei Kindern, immer nur am Rumpf, speziell Bauch vor und ist durch eine spezielle Gruppierung der Papeln charakterisiert, das papuläre Syphilid ist häufiger bei weiblichen Personen, auf Kopf, Extremitäten und Rumpf lokalisiert und müßte doch mit noch anderen syphilitischen Erscheinungen, die hier gänzlich fehlten, verbunden sein.

Januar 1915.

Eine Studie zur keimtötenden Wirkung des Chrysarobins und gewisser anderer bei Psoriasis gebräuchlicher Medikamente, von Jay F. Schamberg, John A. Kolmer und G. W. Raiziss-Philadelphia. Der Gegenstand vorliegender Untersuchungen war, die keimtötende Wirkung von Chrysarobin, chrysophansaurem Natrium, Pyrogallol

Digitized by Google

und Arsenik einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Es ergab sich, daß weder die äußerlich angewandten Mittel, Chrysarobin und Pyrogallussäure, noch das innerlich verwandte Arsenik ihre Heilwirkung durch einen keimtötenden Einfluß auf die, gewöhnlich in Psoriasisherden gefundenen Kokken ausüben. Diese, durch ganz genau ausgeführte Versuche erzielten Resultate würden anzeigen, daß obige Mittel irgend eine keimtötende Wirkung auf einen noch unbekannten, besonders empfindlichen Parasiten ausüben, oder daß sie durch einen biochemischen Einfluß wirken. Die Tatsache, daß so stark keimtötende Mittel wie Phenol, Formalin, Kalomel usw. keine nennenswerte Wirkung auf die Psoriasiseffloreszenzen ausüben, ist für Verfasser ein Wahrscheinlichkeitsbeweis gegen eine direkt lokal wirkende, keimtötente Eigenschaft des Chrysarobins. Andererseits haben sie in ihren Versuchen festgestellt, daß Kalomel, ein unlösliches bakterizides Mittel, unter gewissen Bedingungen fähig ist, die in den Psoriasisherden vorhandenen Kokken zu zerstören, ohne aber, wie erwähnt, die kranken Stellen selbst zu beeinflussen. Kalomel zerstört in 1%iger Suspension die Kokken der Haut, sowohl auf normaler Haut wie Psoriasisherden, Chrysarobin hat unter identischen Bedingungen keine, irgendwie nennenswerte keimtötende Wirkung. Bezüglich der Natur der Psoriasis können aus diesen Versuchen höchstens dahin Schlüsse gezogen werden, daß Chrysarobin, ein höchst wirksames Mittel gegen Psoriasis, nur ganz geringe keimtötende Wirkung hat.

Primäres Epitheliom der Hand, von Howard Fox-New York. Bei dem 48jährigen Patienten, der $1^1/_2$ Jahre vorher am rechten Handrücken von einem Pferd gebissen worden ist, saß an derselben Stelle ein serpiginöses, scharfrandiges, teilweise mit Krusten bedecktes Geschwür, das, dem klinischen Bilde nach ein Granulom, sowohl für Tuberkulose wie Blasto-, Aktinomykose oder Syphilis gehalten werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch ein typisches Pflasterzellenepitheliom. Epitheliom der Hand ist nach den angeführten statistischen Zahlen eine relativ seltene Krankheit, kommt in der großen Mehrzahl der Fälle auf dem Handrücken vor und hat, obwohl histologisch der Regel nach einen bösartigen Karzinomtypus zeigend, einen langsamen und relativ gutartigen Verlauf, selten die Lymphdrüsen befallend. Die Mehrzahl der Fälle entwickelt sich auf der Grundlage chronischer Gewebsentzündung, nur sehr wenige nach einem einzigen Trauma. Im vorliegenden Falle schien ein solches zweifellos die Ursache abgegeben zu haben und trat der Tod durch Metastase (Magen-Speiseröhre) ein.

Stoffwechselstudien bei einem Falle chronischer Urtikaria, von Jakob Rosenbloom und C. Cameron-Pittsburg. Die den Stoffwechseluntersuchungen zugrunde liegende Diät bestand aus 100 g Protein (gekochte Eier), 110 g Fett, 200 g Kohlehydraten (Kartoffeln usw.) mit einem Gesamtkalorienwert von 2,225 oder 35 Kalorien pro Kilo Körpergewicht der Patientin, die mit chronischer Urtikaria behaftet war und bei der drei Tage hindurch sorgfältigst die Analysen ausgeführt wurden. In dieser Zeit war eine Stickstoffretention von 5,08 g vorhanden, was zweifellos mit einer Funktionsstörung der Leber zusammenhängt, ferner ausgesprochene Störung in der Stickstoffresorption, da der in den Fäzes enthaltene N im Vergleich zu der eingeführten N-Menge dreimal höher als normal war; Diarrhöe bestand nicht, weshalb auf mangelhafte Resorption infolge irgend einer Darmstörung zu schließen war. Der Gehalt des Urins an Schwefelstoffen ist normal mit Ausnahme großer Mengen neutralen Schwefels, der am ersten und zweiten Tage und ätherischer Schwefelverbindungen, die am dritten Tag abgesondert werden und als Zeichen erhöhter Darmfäulnis angesehen werden können. Die im Stuhle vorhandene Fettmenge ist über der Norm, was eine Unfähigkeit, die gewöhnliche Menge zu resorbieren, und ohne Zweifel irgend eine gestörte Darmtätigkeit beweist. In den drei Tagen war ein Verlust von 0,04 g Kalziumoxyd und 0,01 g Magnesiumoxyd, was völlig normal ist, zu konstatieren. Tabellarische Übersicht über die verschiedenen Unter-

Digitized by Google

suchungsergebnisse, die immerhin zu dem Schlusse berechtigen, daß bei dem genannten Hautleiden gewisse innere Störungen vorhanden sind.

Ein Fall von künstlicher Dermatitis, von ANDREW I. GILMOUR-New York. Der 9jährige Knabe hatte sowohl außerhalb und abwärts vom rechten, wie linken Mundwinkel je eine 2—2½ cm im Durchmesser betragende Exkoriation, welche, obwohl wiederhohlt ärztlich im Verlaufe von zwei Jahren behandelt, immer von neuem sich einstellte. Es ergab sich, daß der Junge, der hochgradig nervös war und ständig Hände und Füße bewegte, sowohl durch Reiben mit der Zunge wie mit den Händen und auch dem Handtuch immer mit Absicht die kaum geheilten Stellen reizte.

Februar 1915.

Einige Beobachtungen an den Zellelementen des Blutes bei 300 Fällen verschiedener Hautkrankheiten, von M. F. ENGMAN und R. H. DAVIS-St. Louis. Die 300 Fälle betrafen 72 verschiedene Hautkrankheiten und es wurden die Blutuntersuchungen hauptsächlich bezüglich der Leukozyten, der vielkernigen neutrophilen, der großen einkernigen Zellen, der Lymphozyten und der eosinophilen Zellen vorgenommen. Besonders auffallend war der Befund an großen einkernigen Zellen, indem sie in 180 von 272 untersuchten Fällen relative Zunahme, gleichzeitig aber die vielkernigen neutrophilen Abnahme zeigten. Die Lymphozyten waren in 117 von 275 daraufhin untersuchten Fällen vermehrt; in jenen Fällen, wo die großen einkernigen Zellen relativ vermehrt sind, sind die Lymphozyten vermindert. Was nun die Eosinophilie betrifft, so war sie nur in 71 oder 28% der untersuchten Fälle vorhanden und steht dies in auffallendem Gegensatze zu der herrschenden Meinung, daß bei den meisten Hautkrankheiten die relative Zahl dieser Zellen vermehrt sei. Eine ausgesprochene Eosinophilie fanden Verfasser nur bei folgenden Krankheiten: Pemphigus foliaceus, Pemphigus vulgaris, Dermatitis venenata seborrhoica, akutem, chronischem und Kinderekzem, Ichthyosis, Mykosis fungoides, Pediculosis corporis, Pityriasis rubra. Bei Dermatitis herpetiformis, wo Eosinophilie als besonders ausgesprochen gilt, war sie nur in 13 der 27 Fälle vorhanden. Verfasser gestehen selbst zu, daß irgend welche definitiven Schlüsse aus der vorliegenden Zahl fleißiger Blutuntersuchungen nicht gezogen werden können, daß sie aber immerhin in manchen positiven Befunden der Zellelemente, verbunden mit anderen Tatsachen der Blutuntersuchung, eine Grundlage für weitere Forschungen in dieser Richtung abgeben dürften. Eine instruktive tabellarische Übersicht der 300 Fälle mit den erhaltenen Befunden (der verschiedenen Blutzellen) erhöht die Bedeutung vorliegender Arbeit.

Eine Studie der biochemischen Eigenschaften des Chrysarobins, von JAY F. SCHAMBERG, G. W. RAIZISS und JOHN A. KOLMER. Verfasser lassen ihrer früheren Arbeit über die bakterizide Wirkung des Chrysarobins auf Staphylokokken und Trypanosomen, die sich sowohl im Reagenzglase wie am lebenden Organismus als nahezu Null herausstellte, eine weitere über die biochemische Wirkung des Mittels folgen, um die Art und Weise, wie es seine günstigen Erfolge bei Psoriasis ausübt, klarzulegen. Das Chrysarobin ist eine komplizierte chemische Substanz, deren Hauptwirkung aller Wahrscheinlichkeit nach auf dem in ihr enthaltenen Chrysophanol-Anthranol beruht. Das Chrysarobin wird durch Oxydation in Chrysophansäure, welche therapeutisch unwirksam ist, verwandelt. Das Chrysarobin kann durch die Proteine der Haut oxydiert werden oder anders ausgedrückt, ist fähig, Sauerstoff aus den Proteinen der Haut zu abstrahieren. Mineralsäuren behindern den oxydierenden Einfluß der Proteine auf Chrysarobin. Diese Oxydation des Chrysarobins durch die Proteine der Haut ist Beweis einer chemischen Wirkung zwischen beiden. Chrysarobin besitzt eine ausnehmend hohe Affinität für die Keratine der Haut Schuppen, welche in eine wässerige Suspension des Mittels gebracht

Digitized by Google

wurden, werden in charakteristischer Weise verändert (gebeizt). Diese Veränderung nach der Applikation von Chrysarobin beruht zum großen Teile auf Oxydation desselben in der Hornschicht, ein Teil des Mittels gelangt aber in die tieferen Epidermisschichten und sogar in das Korium. Wird Chrysarobin seiner reduzierenden Eigenschaften beraubt, so verliert es gleichzeitig seine therapeutische Wirkung. Enthält eine Chrysarobinsalbe ein Alkali, so ist unter gewöhnlichen Umständen ihre therapeutische Wirkung bedeutend vermindert. Die Überlegenheit des Chrysarobins bei Psoriasis beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf den drei Eigenschaften, die es besitzt: 1. seiner Widerstandsfähigkeit gegen Oxydation bei Luftzutritt, 2. seiner stark reduzierenden Wirkung und 3. seiner chemischen Affinität und festen Verbindungsmöglichkeit mit den Proteinen der Haut. Möglicherweise hängt der günstige Einfluß des Chrysarobins auf Psoriasis mit der chemischen Bindung und Resorption des Sauerstoffs zusammen, was wiederum einen hemmenden Einfluß auf die Proliferationsfähigkeit der Epithelzellen ausüben würde.

Ein Fall von asymmetrischen Raynaudscher Krankheit, von Douglass W. Montgomery und George D. Culver-San Francisco. Aknoparästhesie, Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit bilden eine Gruppe verwandter Affektionen, bei welchen viele der merkwürdigsten Symptome auf der Haut vorkommen und das gemeinsame Band der Abhängigkeit von Störungen des die Blutgefäße regulierenden Nervensystems bildet. Das Hauptinteresse, welches der vorliegende, eine 47jährige Frau betreffende Fall bietet, liegt in der Tat in der Verschiedenheit des Blutdrucks zwischen befallener linker und gesunder rechter Extremität. Die Finger ihrer linken Hand waren geschwollen und steif, die Endphalangen grauweiß, die Nagelbetten zyanotisch verfärbt; außer heftigem Schmerz war auch Gefühl von Brennen und Jucken in den Fingern vorhanden und der ganze Arm schmerzhaft. Es wurde festgestellt, daß der gesamte Blutdruck bei der Patientin über der Norm (180 mm) war, ebenso hoch am (gesunden) rechten Arm, aber am linken um 10 mm (170) niedriger war. Die Behandlung bestand in Darreichung von Calcium lactat., das unzweifelhafte Wirkung auf die Muskelfasern in den Blutgefäßwänden — die bei der Raynaudschen Krankheit erhöhte Reizbarkeit besitzen — habe und zwar in folgender Zusammensetzung: Calcium lactat. 50,0, Elix. simpl. 60,0, Aqu. ad 300,0 M. D. S. dreimal täglich zwei Teelöffel voll in etwas Wasser nach jeder Mahlzeit. Im Verlaufe dieser Medikation ließ der Schmerz nach, die lokale Asphyxie ging zurück, der allgemeine Blutdruck verminderte sich und die Ungleichheit desselben verschwand vollständig. Bei einem späteren, augenscheinlich durch Aufregung verursachten zweiten Anfall der Krankheit schien die innere Darreichung von Calcium lactat. dieselbe gute Wirkung zu haben.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. Dieser erste Teil einer monographischen Arbeit über das von Majocchi im Jahre 1887 zuerst beschriebene seltene Hautleiden enthält einen historischen Überblick und die Krankengeschichte des vom Verfasser beobachteten, einen 22jährigen Griechen betreffenden Falles. (Fortsetzung folgt.) M. Stern-München.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 3, H. 3 und 4.

Drei Fälle von zystischer Dilatation des vesikalen Ureterenendes, von Rosenberg. Die klinischen Erscheinungen sind hierbei oft so gering, daß eine Diagnose ohne Zystoskopie nicht gut möglich ist, mit Hilfe dieser aber sicher zu stellen. Therapie muß chirurgisch sein, endovesikal oder Blasenschnitt oder Nephrektomie.

Über Blasendivertikel unter Berücksichtigung eines durch Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel, von Max Fischer. Die Radikaloperation als

Digitized by Google

Frühoperation ist gerechtfertigt, berücksichtigt man die schweren Gefahren, die ein Blasendivertikel im Gefolge haben kann und andererseits die ziemlich gute Prognose bei radikalem Eingreifen.

Ein Fall von hypoplastischer Beckenniere mit Steinbildung im dilatierten Nierenbecken, von C. Schramm.

Beiträge zur Kenntnis der Antiperistaltik des Vas deferens, von Lommel. Durch 25 Tierversuche an Kaninchen konnte folgendes festgestellt werden: der Inhalt der Samenleiter bewegt sich bei deren Kontraktionen im allgemeinen in der Richtung vom Hoden nach der Harnröhre. Eine Bewegung des Samenleiterinhaltes in entgegengesetzter Richtung kommt bei der Kontraktion der Samenleiter als Ausnahme, bei deren Erschlaffung als Regel vor. Es gelingt nicht, bei Kaninchen durch Kontraktion oder Erschlaffung der Samenleiter bei intaktem Colliculus seminalis Inhalt aus der Urethra posterior in das Lumen des Samenleiters zu befördern. Ist beim Kaninchen der Colliculus seminalis entzündet, so kann Inhalt von der Urethra posterior auf intrakanalikulärem Wege in das Lumen der Samenleiter oder der Samenblasen eindringen. Die Annahme ist berechtigt, daß, wie tote Substanzen (Tusche, Indigokarmin, Silberlösung) aus der Urethra in die Vasa deferentia geschleppt werden, auch bewegliche und unbewegliche Bakterien dorthin aus der Harnröhre gebracht werden können.

Zur operativen Behandlung der chronischen rezidivierenden Kolipyelitis, von v. Lichtenberg.

Über Divertikel und andere Urintaschen der weiblichen Harnröhre, von Jarecki. Nach Besprechung der bisher veröffentlichten Fälle schildert J. einen von ihm beobachteten Fall. Es handelt sich um ein junges Mädchen von 21 Jahren, das seit Kindheit an Harnträufeln leidet. Bei der Zystoskopie findet sich eine zirkumskripte spindelförmige Erweiterung der Urethra hinter dem Sphinkter, ein wahres Harnröhrendivertikel. Die Patientin wird geheilt durch eine partielle Exzision der Wand des Divertikels. Die Entstehung desselben erklärt Verfasser auf folgende Art: es bestand von Jugend an, wahrscheinlich angeboren, eine Schwäche des Sphincter vesicae, so daß er bei starker Füllung der Blase seinen Tonus aufgab und Urin sich in den hinteren Teil der Harnröhre ergoß. Das Ausfließen wurde durch alsbald einsetzende Kontraktion der glatten Harnröhrenmuskulatur verhindert, wahrscheinlich unterstützt durch Anspannung der beim Weibe gut ausgebildeten quergestreiften Muskulatur der Harnröhre. Diese Wirkung mußte allmählich nachlassen und der Urin floß langsam ab.

W. Haas-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? von A. Blaschko. Nebst einem Anhang. **Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens.** Vorläufige Mitteilung von D. Sarason-Berlin. (Leipzig 1915, J. A. Barth. Preis 1 M.)

Blaschko erörtert die Gründe der Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Krieg und durch den Krieg. Wichtig ist auch, daß das kerngesunde Material vom Lande mit Prostitution und Geschlechtskrankheiten bekannt wird. — Das Gros des Feldheeres in der Front und in den Schützengräben, inmitten der gewaltigen Strapazen hat kein Bedürfnis nach Verkehr mit Frauen, aber gleich hinter der Front fängt die Gefahr an. In den kleinen französischen, belgischen und polnischen Etappenorten macht sich die Prostitution in erschreckendem Umfang geltend. Briefe — meist ärztlicher — Beobachter

Digitized by Google

erläutern solches. Noch schlimmer steht es in den ganz großen Städten, wie Brüssel. Nachfrage und Angebot des außerehelichen Verkehrs haben eine größte Steigerung erfahren. Während des Krieges 1870/71 haben die Geschlechtskrankheiten keine auffallende Vermehrung gezeigt. 1867 war der Zugang an venerischen Krankheiten 53,9‰, 1868 48,2‰, 1869 45,3‰. Während der Kriegszeit 42,6‰. Unter die Norm sank die Zahl, weil das Heer in den ersten Kriegsmonaten schnell vorwärts drang. Während der Belagerung von Paris, wo andere Truppenteile in den größeren Garnisonstädten Frankreichs lagen, stieg die Zahl sehr an.

Der Jahreszugang an Geschlechtskranken in den Heeren des europäischen Kontinents wird an der Hand von Tabellen nach Schwiennig gebracht. In den letzten Jahren war die Jahresziffer nur noch 20% gegen 50% in den Jahren vor dem Krieg 1870/71. An und für sich liegen die Verhältnisse heute günstiger, zumal auch in den feindlichen Ländern diese sich gebessert haben.

Blaschko äußert sich dann kurz über die Momente, von welchen die Frequenz der Geschlechtskrankheiten in einer Armee abhängig ist. (Grenzgarnisonen!) Unter Berücksichtigung der augenblicklichen Kriegslage möchte B. bei dem langen Aufenthalt der Truppen in Lille, Lodz usw. einen Anstieg der Krankheiten auf 40‰ pro anno annehmen, d. h. bei 7 Millionen 280000 Mann im Laufe eines Jahres, wovon etwa 60000 auf die Syphilis entfallen. Ob diese Ziffer eine erhebliche Zunahme der Geschlechtskrankheiten gegen die normale Frequenz unter 7 Millionen Männern bedeuten würde, möchte B. heute noch nicht entscheiden. Nach einer Statistik von 1900 könnte es nicht so scheinen. Mit einer Zunahme muß aber doch gerechnet werden bei der Dauer des Krieges. Andererseits könnte solche durch die getroffenen Gegenmaßregeln ausgeglichen werden.

Die große Gefahr der venerischen Krankheiten liegt darin, daß der Moment, wo die Infektiosität der Geschlechtskrankheiten erlischt, kein scharf begrenzter und vor allem nicht mit Sicherheit feststellbar ist. Optima fide werden die Blennorrhoe und Lues oft genug übertragen. In der prägnanten Blaschkoschen Form werden die entsetzlichen Folgen dieser Krankheiten von neuem skizziert. Übrigens macht sich schon jetzt die Zunahme der venerischen Krankheiten im Heimatlande bemerkbar.

Aufgaben während des Krieges:

Ein noch so strenges Verbot jeglichen außerehelichen Geschlechtsverkehrs ist undurchführbar. Mit dieser Tatsache müssen wir rechnen. Ein gutes Vorbild der Vorgesetzten, Aufklärungsarbeit, Flugschriften dürfen als wirksame Waffen nicht überschätzt werden. Das Bedürfnis nach und die Gelegenheit zum außerehelichen Geschlechtsverkehr müssen soweit wie möglich verringert werden. Der Straßenstrich muß in der Kriegszeit unterdrückt, die Kneipen müssen früh, die Animierkneipen gänzlich geschlossen werden. Und trotzdem taucht in der Großstadt die Prostituierte auf und unter. Mit der Beschneidung schlimmster Auswüchse muß man sich zufrieden geben. Jede öffentliche Provokation sollte kurzerhand mit langer Freiheitsstrafe belegt werden.

Alle Kinos, Varietés, Bars zu schließen, ist aus wirtschaftlichen Gründen nicht angängig. Polizeistunde und Abendurlaub des Soldaten abzukürzen, dürfte genügen. Mit unbekannten Personen darf an dritter Stelle kein Verkehr statthaben. Es ist von den Soldaten zu verlangen, daß sie Namen und Adresse der sich prostituierenden Frauen angeben können. Er hat zu melden, wo er sich infiziert hat. Winkelhotels und Absteigequartieren ist zu verbieten, daß sie Soldaten in Begleitung nicht gehörig legitimierter weiblicher Personen beherbergen.

Bordelle müßten überall geschlossen werden. Sie stellen die stärkste Verführung zum Verkehr dar. Eine geringe Kenntnis realer Verhältnisse bedeutet es, die Bordelle

Digitized by Google

als Kanäle reinen Geschlechtsverkehrs darzustellen. Ohne vorherige Untersuchung der Männer sind sie geradezu eine Gefahr.

Von größter Bedeutung in dem ganzen Prostitutionsbetriebe ist natürlich der Alkohol. Bei uns sollte da etwas strenger vorgegangen werden. Der Tee müßte mehr zum Hauptgetränk werden. Im Sommer sind alkoholfreie Ersatzgetränke in größtem Umfang zu beschaffen. Soldatenheime nach dem Vorbild des deutschen Eisenbahnerheims in Brüssel tun dem Bedürfnis nach Geselligkeit Genüge.

Trotz allem müssen wir mit einem massenhaften außerehelichen Verkehr als einer gegebenen Tatsache rechnen.

Um die schädlichen Folgen dieses Verkehrs zu verhüten, gibt es nur einen wirksamen Weg, das ist der persönliche Schutz. Kein Soldat sollte ohne Schutzmittel geschlechtlich verkehren. Eine leichte Erhältlichkeit der Schutzmittel ist empfehlenswert. Verteilung und Aufstellung von Automaten sind als Anreizung zum Verkehr zu beanstanden. Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten sind nicht eindringlich genug den Soldaten vor Augen zu führen. Das Unmoralische und Unpatriotische eines außerehelichen Geschlechtsverkehrs sind dabei immer von neuem zu betonen.

Blaschko läßt sich über die Schutzmittel und die sonstigen prophylaktischen Maßnahmen eingehend aus.

Wichtig ist auch die Frage des Urlaubes. Kein Urlaub in die Heimat sollte erteilt werden ohne vorherige gesundheitliche Untersuchung.

Was soll mit den kranken Frauen geschehen? Über den unsinnigen Vorschlag, alle geschlechtskranken Frauen, die in Feindesland infizieren, zu erschießen, braucht nicht diskutiert zu werden. Mehr zu erwägen ist eine Internierung für die Dauer des Krieges.

Die in den okkupierten Gebieten getroffenen Maßnahmen entsprechen den bei uns geltenden zur Überwachung der Prostitution. Die Behandlung der Prostituierten sollte aber viel länger ausgedehnt werden. Nur unter der Kontrolle der deutschen Ärzte sollten die einheimischen die Behandlung ausüben.

Es bedarf keiner weiteren Begründung, daß eine Einschränkung des wirtschaftlichen Notstandes, welcher die ihres Ernährers beraubten und arbeitslosen Frauen der Prostitution in die Arme treibt, zu den größten und schwierigsten Aufgaben in den feindlichen Ländern gehört.

Die Fürsorge für venerisch erkrankte Mannschaften. Eine Abschiebung in die heimischen Lazarette ist nicht empfehlenswert. Die Gefahren eines langen Transportes, die Abschiebung auf Grund falscher Diagnosen harmloser Affektionen fallen ins Gewicht. Aber auch eine Behandlung bei der Truppe ist schwer durchführbar. Eine Schonung des Patienten im Schützengraben, auf Märschen ist nicht möglich. Dem Arzt stehen die diagnostischen Mittel nicht zur Hand. Auch einer zweckmäßigen Abortivkur der Blennorrhoe stehen an der Front Hindernisse entgegen. Fälle frischer Syphilis gehören für die kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung ins Etappenlazarett. Aus dem Schatz seiner Erfahrungen macht Blaschko detaillierte Angaben über Art und Dauer der Behandlung der venerischen Affektionen.

In allen Armeekorps sollten den Kriegslazaretten Spezialabteilungen unter der Leitung von Spezialärzten angegliedert werden. Bei jeder Armee ist ein beratender Venerologe anzustellen. Dauernde Überwachung, erforderlichenfalls Nachbehandlung der Entlassenen, Verbot der Behandlung durch Kurpfuscher, Verbot des Annoncierens der Behandlung von Geschlechtskranken.

Zwei Anhänge geben von Uhlenhuth ausgearbeitete Anleitungen zu Belehrungsvorträgen und zur Untersuchung.

Digitized by Google

Die Aufgaben nach dem Krieg faßt B. dahin zusammen:

1. Untersuchung aller während des Feldzuges an venerischen Krankheiten Behandelten. Serologische Untersuchung der Syphilitiker.

2. Zurückbehaltung der floriden und ansteckungsfähigen Kranken bis zur Heilung.

3. Überweisung der übrigen an die Landesversicherungsanstalten bzw. Krankenkassen zur weiteren Beobachtung und ev. Behandlung.

4. Gründliche Reform der Prostitutionsüberwachung.

Die Begründung dieser Forderungen muß in dem Aufsatz eingesehen werden. Zu 4. sei auf B.s klassischen Vortrag auf dem Londoner Kongreß 1913 (vgl. Ref. diese Woch., 1914, Bd. 59, Nr. 44, S. 1205) verwiesen. Mit dem „alten Schlendrian der Reglementierung" muß aufgeräumt werden. Überwachung und Behandlung gewerbsmäßig sich prostituierender Weiber sind ein Problem, welches den Erfahrungen moderner wissenschaftlicher Erkenntnis der venerischen Krankheiten und der Sozialhygiene nicht mehr aus dem Wege gehen kann. Die vorläufige Lösung wird die richtige Mitte halten zwischen Reglementierung und Abolitionismus.

Sarason macht in einer vorläufigen Mitteilung einen Vorschlag für eine neue Organisation des Prostitutionswesens. „Dieselbe besteht in einem Kreis von Maßnahmen, die zu einer Zentralisation der Prostitution führen, derart, daß es nicht allein möglich wird, die Zurückhaltung infektionsfähiger Männer zu erreichen, sondern gleichzeitig auch alle moralischen und ökonomischen Schäden der bisherigen Reglementierungs- und Bordellsysteme (Verfehmung, Verführung, Aussaugung, Zuhältertum) zu vermeiden, ein Ziel, das von den Prostituierten selbst sicher lebhafte Unterstützung finden und zu einer Erhöhung ihres sittlichen Niveaus führen würde."

Sarason weist in einer Nachschrift darauf hin, daß seine „Sexualhorte" schon vor ihm empfohlen worden sind. Die versprochene ausführliche Arbeit wird gegenüber der vorläufigen und selbstsicheren Mitteilung zeigen, wo in dem S.schen Vorschlag, den Blaschko bereits mit sehr anerkennenden Worten begrüßt, etwas Neues liegt.

Referent bedauert, daß die Verbreitung des Blaschkoschen Aufsatzes gefährdet wird durch den Sarasonschen „Anhang", welcher in der vorliegenden Form wie ein überflüssiger Appendix sich ausnimmt. E. Delbanco.

Die nichtblennorrhoische Urethritis beim Manne, von C. Adrian. (Sammlg. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Dermat., d. Syphilidol. usw. Bd. 3, H. 7. Halle a. S. 1915, Carl Marhold.) A. macht folgende Einteilung: I. Urethritiden aus innerer Ursache: 1. nach Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel und Medikamente, 2. als Teilerscheinung eines allgemeinen pathologischen Zustandes: Konstitutionsanomalien (Phosphaturie, Oxalurie, Diabetes, Gicht, Herpes), Infektionskrankheiten (Typhus, akute fieberhafte Exantheme, Influenza, Rheumatismus, Malaria, Pyämie, Syphilis, Tuberkulose). II. Urethritiden aus äußerer Ursache: 1. Traumen mechanischer, thermischer, chemischer Natur, 2. auf venerischer Grundlage durch geschlechtliche Übertragung: die gewöhnlichen akuten und chronischen Formen der venerischen nichtblennorrhoischen Urethritis. Von diesen sagt Verfasser folgendes: Mikroorganismen der verschiedensten Art, vorzugsweise solche der Pseudodiphtheriebazillen- und Koligruppe sind von den Verfassern als Erreger dieser bakteriellen Urethritiden angesprochen worden. Die abakteriellen, sogenannten aseptischen Urethritiden sind ätiologisch noch wenig geklärt: vielleicht handelt es sich dabei um Mikroorganismen, welche für unser Auge nicht sichtbar oder von uns nicht darstellbar sind. In zweiter Linie soll an Zelleinschlüsse parasitärer Natur, vom Charakter der von v. Prowazek für das Trachom gefundenen oder ähnlicher Art gedacht werden. Vorläufig entbehre eine Einteilung der nichtblennorrhoischen Urethritiden in bakterielle und aseptische einer streng wissenschaftlichen Grundlage.

Digitized by Google

Bei beiden wird man eine gewisse Prädisposition des betreffenden Organismus annehmen müssen. Als auslösendes Moment kommt sehr häufig die Kohabitation in Betracht, wobei aber wieder der Beweis zu erbringen wäre, ob die mit dem Akte einhergehende Hyperämie sowie mechanische (und chemische) Momente für sich allein nicht schon ausreichen, um die saprophytisch vegetierende Bakterienflora des vorderen Harnröhrenabschnittes zu abnormem Wachstum anzuregen. Insofern besteht auch kein klarer Unterschied zwischen primären nichtblennorrhoischen und den postblennorrhoischen, sogenannten Resturethritiden, deren Bakterien ebenfalls als Saprophyten der normalen Harnröhre anzusehen sind. Einige Verfasser halten eine überstandene blennorrhoische Infektion für eine prädisponierende Ursache der nichtblennorrhoischen Urethritis. — Komplikationen sind häufiger als man allgemein annimmt. Chronische Fälle greifen auf Hoden, Prostata, Harnblase über, Strikturen sind seltener, auch Gelenkerscheinungen kommen vor mit milderem Verlauf als bei Blennorrhoe. Ätiologisch kommen immer Trauma und unmittelbare Reizung der Harnröhre in Betracht. Es kann auch, wenn auch offenbar nur sehr selten, zu einer Allgemeininfektion kommen. — Für die Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung des Sekrets und eventuell Kulturverfahren die Hauptsache. Therapeutisch lassen sich bestimmte Vorschriften nicht machen, alle von den verschiedensten Seiten empfohlenen Methoden lassen häufig im Stich.

W. Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Sauerstofforte und Reduktionsorte. Eine histochemische Studie, von P. G. Unna. (Arch. f. mikrosk. Anat., 1915, Bd. 87, Abt. I, S. 96.) Die Sauerstofforte müssen im Gegensatz zu den Reduktionsorten des tierischen Gewebes unfixiert an Gefrierschnitten bearbeitet werden; sie lassen sich nach Fixierung in Alkohol oder Formalin an Zelloidin- resp. Paraffinschnitten nicht mehr nachweisen. Die Auffindung der Sauerstofforte gelingt durch Rongalitweiß (RW), d. i. eine Leukomethylenblau enthaltende, angesäuerte Lösung des stark reduzierenden Rongalits (CH_2 — OH — OSONa) (bei Grübler vorrätig). Die Gefrierschnitte nehmen das Leukomethylenblau als solches auf und verwandeln es nach Abspülung des Überschusses von Rongalitweiß nur dort in Methylenblau, wo Sauerstoff lose gespeichert ist oder solche Stoffe vorhanden sind, die den von außen kommenden Sauerstoff aktivieren. Diese Leukomethylenblau speichernden „Sauerstofforte" sind viel weniger zahlreich als die „Säureorte" des Gewebes, welche Methylenblau speichern, aber sie fallen im allgemeinen mit den Säureorten zusammen, da sowohl Leukomethylenblau wie Methylenblau basische Farben sind. Die sauren Sauerstofforte (z. B. Granoplasma, Nissl-Körper, Kernkörperchen), zeichnen sich nur dadurch vor den übrigen Säureorten aus, daß sie sich schon mit Leukomethylenblau statt Methylenblau begnügen, was die sauren Reduktionsorte (z. B. Henlesche Scheide) nicht tun.

Der Sauerstoff ist ein rasch diffundierendes Gas, welches von allem Gewebseiweiß physikalisch leicht aufgenommen, aber in verschiedenster Weise und mit sehr verschiedener Festigkeit chemisch gebunden wird. Wo das Gewebseiweiß stark reduziert, dient der Sauerstoff zu seiner Verbrennung; er wird in das Molekül aufgenommen und verliert seine Wirksamkeit nach außen. Hier haben wir reine Reduktionsorte vor uns (Keratin, Myosin, Neurin). Wo das Gewebseiweiß schwächer reduziert, wird der hinzudiffundierende molekulare Sauerstoff in Peroxydform (—O—O—), also nur lose gebunden

Digitized by Google

(Spongioplasma, oxyphile Substanzen). Wo nun der Ort einer solchen Bildung zusammentrifft mit der Durchsetzung des reduzierenden (basischen) Eiweißes mit sauren Eiweißen (z. B. Zytose, Globulin) — und dieses ist gerade an den sogenannten sekundären Sauerstofforten der Fall — da kann sich der so gebundene Peroxydsauerstoff unzersetzt speichern und wir erhalten umschriebene, labile Sauerstoffreservoire im reduzierenden Gewebe (Granoplasma, Kernkörperchen, saure Kerne, Knorpelgrundsubstanz). Wo endlich außerdem noch Sauerstoffkatalysatoren in dem sauren Eiweiß eingeschlossen und permanent tätig sind (z. B. Eisen im Nuklein), da speichert sich der durch Katalyse aus hinzudiffundierendem Sauerstoff beständig und automatisch aktivierte Peroxydsauerstoff und es entstehen stabile Sauerstofforte (primäre Sauerstofforte).

Die Speicherung des Methylenblaus (und anderer basischer Farbstoffe) geht nun an allen drei Kategorien von Geweben vor sich, soweit sie sauer sind, und zwar mit aufsteigender Intensität, am schwächsten in der Hornschicht, am stärksten in den Kernen. Die Speicherung des Leukomethylenblaus in den Geweben, soweit sie sauer sind, geht aber nicht an allen drei Arten von Geweben, nämlich gar nicht an den Reduktionsorten vor sich, sondern **nur** an den zwei Kategorien der labilen und stabilen Sauerstofforte. Es ist das nur eine notwendige Konsequenz des Gesetzes der „oxypolaren Affinität", das ganz allgemein zwischen Eiweißen, Farben und Beizen Geltung hat[1]): Der sauerstoffarme Leukofarbstoff hat keine Affinität zum sauerstoffarmen (reduzierenden) Eiweiß, dagegen starke Affinität zum sauerstoffreichen (oxydierenden) Eiweiß. Das ist der Grund, weshalb der Leukofarbstoff vom tierischen Gewebe anders, und zwar in beschränkterem Umfange gespeichert wird als der entsprechende (oxydierte) Farbstoff.

Der Unterschied zwischen Methylenblaufärbung und Leukomethylenblaufärbung der Gewebe offenbart sich am schlagendsten durch die vergleichende Färbung der Henleschen Scheide sowie der Kerne des Knorpels, der Ganglien und Plasmazellen. Letztere werden durch RW nicht gefärbt, da ihr Nuklein (primärer, stabiler Sauerstoffort) allen seinen Sauerstoff an die ihn dicht umgebende Zytose (Granoplasma) abgegeben hat, welche demgemäß einen sekundären, labilen Sauerstoffort darstellt. Zieht man die Zytose durch warme Borsäurelösung aus dem Plasmazellenleibe aus, so bleibt der im Nuklein sich ansammelnde Sauerstoff in den Plasmazellenkernen erhalten und die RW-Färbung ergibt nun die gewöhnliche Kernfärbung auch in den Plasmazellen. Sehr lehrreiche Unterschiede zwischen Säureorten und Sauerstofforten zeigen auch die Vergiftungen der Gewebsschnitte mit SO_2, H_2S, Pyrogallol, Salvarsan, Formalin, Alkohol absol., Azeton und Zyankalium.

Darstellung der Sauerstofforte durch die RW-Methode.

1. Vorbereitung. Die Gewebe können frisch, in überlebendem Zustande untersucht werden; besser aber wartet man die „agonale Schwankung" ab und untersucht 24 Stunden später die trocken auf Eis gelegten Gewebsstücke. In jedem Falle muß das Gewebsstück unter der Wasserleitung von Blut befreit werden. Muß die Untersuchung einige Tage hinausgeschoben werden, so bringt man die Stücke in einer Petrischale auf eine 5 mm hohe Salzschicht von gleichen Teilen Kochsalz und Kalichlorat, die man mit so wenig Wasser bedeckt, daß die Stücke feucht in konzentrierter Salzlösung liegen, und stellt die Petrischale auf Eis.

Die frischen Gewebsstücke werden direkt mit dem Gefriermikrotom geschnitten; die auf Salz konservierten müssen vorher durch Auswaschung gut und möglichst rasch

[1]) Unna, Biochemie der Haut, S. 123. Gust. Fischer, Jena 1913.

Digitized by Google

vom Salz befreit werden, da bei längerem Aufenthalt in der sich verdünnenden Salzlösung die Sauerstofforte leiden würden. Zu diesem Zweck drückt man von oben in den Hals eines großen Glastrichters etwas Watte so tief ein, daß darauf gegossenes Wasser ziemlich rasch hindurchtropft. Auf den Wattebausch kommen die in Salz konservierten Gewebsstücke. Man sorgt durch Nachgießen für einen beständigen Wasserstrom und hält letzteren ca. $^1/_2$ Stunde in Gang.

2. Schneiden. Die Dicke der Gefrierschnitte soll nicht unter 25 μ gehen, da sie durchsichtig genug sind und sonst zu leicht zerreißen[1]).

3. Färbung. Man hält sich 100 g einer $^1/_2$%igen Lösung von Methylenblau vorrätig, die man mit ca. 7 Tropfen einer 25%igen Salzsäurelösung angesäuert hat. Von dieser werden 10 ccm in einem Reagierglas mit 0,3 Rongalit[2]) gelinde erwärmt, bis Entfärbung auftritt. Zu starkes Erhitzen muß wegen möglicher Zersetzung des Rongalits vermieden werden. Es resultiert eine nahezu wasserhelle Lösung; sollte dieselbe nach dem Erkalten etwas trübe werden, so ist sie vor dem Gebrauch zu filtrieren.

Diese Lösung von RW hält sich mehrere Tage, muß aber vor jedesmaligem Gebrauche zur Vermeidung von Niederschlägen wieder filtriert werden.

Die Färbung in dieser Lösung geschieht in einem Glasschälchen und ist in zwei Minuten vollendet.

Man überträgt die Schnitte einzeln mit stumpfer Glasnadel unter beständiger Bewegung in eine größere Schale mit abgekochtem Wasser. Die starke Bewegung hat den Zweck, die Schnitte möglichst rasch und vollständig vom Überschuß an RW zu befreien; oft ist hierzu die Übertragung in eine zweite Schale mit abgekochtem Wasser notwendig. Ein Nebenzweck der raschen Bewegung ist es, die Schnitte vor dem Ankleben an die Glasnadel und Glaswand zu bewahren, dem sie sonst leicht anheimfallen.

Hat man es mit Ausstrichen von Eiter, Blut usw. zu tun, so bringt man dieselben ohne vorherige Erhitzung, aber lufttrocken in ein Standgefäß mit Rongalitweiß, wo sie etwa zwei Minuten verweilen. Zur Auswaschung läßt man sauerstoffreies Wasser über den Objektträger laufen.

Die Bläuung des aufgenommenen Leukomethylenblaus geschieht erst nach einigen (bis 10) Minuten. Um den Schnitt darf sich während des Auswaschens keine bläuliche Wolke bilden, die ein Zeichen ungenügender Bewegung des Schnittes und Bildung von Methylenblau im Waschwasser ist.

4. Einbettung. Ist der Schnitt deutlich gebläut, so fängt man ihn direkt mit der Mitte eines Objektträgers auf, befreit seine Umgebung durch Löschpapier von Wasser und läßt ihn an der Luft langsam antrocknen. Man kann die Antrocknung durch einen warmen Luftstrom beschleunigen, aber nicht durch Erhitzung über der Flamme.

Nach vollständiger Antrocknung bedeckt man den Schnitt mit einem Deckglase, welches mit einem Tropfen neutralen Balsams (Grübler) versehen ist.

Ausstriche von Eiter, Blut usw., nachdem sie lufttrocken geworden, werden in Zedernöl betrachtet. Soll das Präparat erhalten bleiben, so wird es mit Xylol gereinigt und trocken aufbewahrt.

Darstellung der Reduktionsorte durch die Kaliumpermanganat-Methode.

Die Gewebe können frisch an Gefrierschnitten untersucht werden. Da die Reduk-

---

[1]) Da eine Härtung mittels Formalin durchaus vermieden werden muß, kommt die übliche Schnittdicke von 10 μ hier nicht in Betracht. — [2]) Erzeugnis der badischen Anilin- und Soda-Fabrik oder das gleichwertige Produkt: Heraldit von Casella.

Digitized by Google

tionsorte aber nicht unter der Fixierung in Alkohol oder Formalin leiden und nach Zelloidin- und Paraffineinbettung bessere Schnitte erzielt werden, ist die Darstellung der Reduktionsorte an so fixiertem Material empfehlenswert. Die Schnitte kommen 1—2 bis höchstens 5 Minuten in eine 1%ige Lösung von Kaliumpermanganat, werden in Wasser abgespült und durch Alkohol und Öl in Balsam gebracht. Autoreferat.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die klinische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters, von C. Adrian und A. v. Lichtenberg-Straßburg. (Zschr. f. urol. Chir., Bd. 1, H. 3.) Mißgebildete Nieren erkranken selbst relativ häufig. Verfasser erläutern diese Erfahrung an verschiedenen Beispielen, wie Hufeisenniere, der kongenitalen Nierendystopie, des einseitigen Nierenmangels, der kongenitalen Hypoplasie der einen Niere und der fötalen Niere; sie ziehen häufig eine Erkrankung der anderen Niere nach sich. Bei der kongenitalen Atrophie und Dystopie der einen Niere findet man relativ häufig Nephritis der anderen Niere, desgleichen bei der fötalen Niere; bei der kongenitalen Hypoplasie der einen Niere trifft man Tuberkulose der anderen Niere. Durch mißgebildete Nieren findet eine Kompression der umliegenden Organe statt und erzeugen dadurch rein mechanisch Krankheitszustände verschiedener Art, sie können gelegentlich den Geburtsmechanismus beeinflussen. Mißgebildete Nieren geben oft Veranlassung zu Verwechslungen mit anderen Tumoren des Unterleibs. Zu den Mißbildungen der Harnleiter gehören die Doppelbildungen, die angeborenen Verengerungen und Verschließungen des Harnleiters und die Kreuzungen der Harnleiter, welche zu einem diagnostischen Irrtum Veranlassung geben können. Die Diagnose gründet sich auf eine genaue Feststellung der Familienanamnese, auf die exakte Erhebung der Anamnese der Kranken und auf eine systematische Krankenuntersuchung. Bei der Krankenuntersuchung ist auf das gleichzeitige Bestehen von anderweitigen Entwicklungsstörungen nicht nur des Harnapparates, sondern auch anderer Organe zu achten; ferner sind alle Untersuchungsmethoden anzuwenden, die Funktionsprüfung und Radiographie der Nieren und Harnleiter eingeschlossen. Außerdem käme in Betracht zum Zwecke der Diagnose auszuführende Operationen, die Probepunktion und Laparotomie. Diese Arbeit ist für den Urologen von größter Wichtigkeit. W. Chrzelitzer-Posen.

Bakteriämie, Infektion und Brightsche Krankheit, von W. C. K. Berlin-Denver, Col. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Nierenerkrankungen sind nach des Verfassers Beobachtungen und Untersuchungen stets Infektionskrankheiten oder beginnen als solche. Brightsche Krankheit, Nierendegenerationen usw. sind immer erst die Folgen einer entzündlichen akuten Nephritis. Die Infektion der Nieren geschieht durch Darmbakterien, Kolibazillen und dgl., aber ebenso häufig auch von Anginen aus, von Abszessen, Ulzerationen usw. Wenn in jedem Falle von Nierenerkrankung das Harnsediment kulturell untersucht würde, würden sich stets Kolonien pathogener Bakterien finden. Neben den Kolibazillen und den auf einem der genannten Wege in die Niere gelangenden Staphylo- und Streptokokken sind es nicht zu selten Pneumokokken und diesen nahestehende Kokken. Die in letzter Zeit als Ursache der Nephritiden angesprochenen Toxämien und Autointoxikationen sind erst wieder die Folge der Infektion.
W. Lehmann-Stettin.

Zwei Fälle von Nierenzysten, von Nikolai Paus-Kristiania. (Norsk Magazin f. Lægevidenskaben, 1914, Nr. 8.) Der erste Fall entstand mit Hämaturie nach einem Stoß auf die linke Seite des Unterleibs. Die Operation am nächsten Tage, die wegen

Digitized by Google

einer vermutlichen Ruptur gemacht wurde, zeigte eine typische Zystenniere. Der Fall interessiert weiter, weil die Patientin einer ausgesprochenen Zystennierenfamilie angehört, die außer der Patientin noch sechs Mitglieder mit derselben Krankheit aufweist. Der zweite Fall zeigte eine solitäre Nierenzyste und betraf einen 63jährigen Bauer mit einer beinahe kindskopfgroßen, fluktuierenden, ovalen Geschwulst im rechten Unterleib. Die exstirpierte Niere war etwas vergrößert; von ihrer vorderen Fläche ging eine kokosnußgroße Zyste aus, welche mehr als die Hälfte der Vorderfläche der Niere einnahm und augenscheinlich direkt von der Nierensubstanz ausging. Die Nierenkapsel ging von der Niere auf die Zyste über. Ihre Wand war dünn und bestand aus zellenarmen Bindegewebslamellen; kein Nierengewebe oder Reste davon waren nachweisbar. Die innere Wand war nicht mit Epithel bekleidet. Die Niere selbst zeigte normales Gewebe.

W. Holland-Kristiania.

Nierentuberkulose in Form eines Nierensteines, von Ch. Terrier. (Rev. m. Suisse rom., 1913, Nr. 11.) Es handelte sich um nierensteinartige Krisen mit Elimination von Sand und Steinchen. Auf der Röntgenplatte war ein Schatten zu sehen. Da der Tierversuch mit dem Urin der Kranken positiv ausfiel, wurde die Diagnose auf Tuberkulose mit Verkalkung eines verkästen Herdes gestellt und die Niere exstirpiert. Am halbangeschnittenen Organ bestätigte sich die Richtigkeit der Diagnose.

A. Gunsett-Straßburg.

Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken, von W. Bornemann. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Verfasser berichtet über einen Fall von Bakteriensteinen. Die wesentlichen Punkte aus der Krankengeschichte und dem Sektionsbefund lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: bei einem 7jährigen Kinde bestehen vom 4. Lebensjahre an Beschwerden, die auf Nierensteine hindeuten, und späterhin die Symptome einer schweren Nierenschädigung. Einige Wochen vor dem Tode wird in jedem Nierenbecken ein Stein röntgenologisch festgestellt, im Harn werden Kolibakterien nachgewiesen. Bei der Sektion findet sich doppelseitige Pyonephrose und als deren Ursache je ein bröckeliger Harnstein, der den Nierenbeckenausgang auf jeder Seite verlegt. Außerdem werden im Nierenbecken beiderseits zahlreiche, bis wallnußgroße, weiche konzentrische Gebilde gefunden, die histologisch zum größten Teil aus Bakterien bestehen und direkt als Bakteriensteine bezeichnet werden können. Die Nieren bieten makroskopisch und mikroskopisch das Bild vorgeschrittener Pyonephrose mit Bildung umschriebener Abszesse. Die Deutung dieses Befundes verursacht keine Schwierigkeiten. Aus der Anamnese geht mit Sicherheit hervor, daß mindestens 3 Jahre lang ein Harnsteinleiden bestanden hat. Dadurch erklärt sich, zusammen mit dem bei der Sektion erhobenen Befund von typischen Nierensteinen am Nierenbeckenausgang, der Befund der Pyonephrose. Aber auch die Anreicherung der Kolibakterien ist unter diesen Umständen leicht verständlich. Wir wissen, daß Harnstauungen im Nierenbecken an und für sich zu Infektionen neigen und daß speziell eine Infektion mit Kolibazillen recht häufig ist. Da durch die primären Nierensteine in diesem Falle der Beckenausgang auch teilweise verlegt war, erklärt sich leicht die ganz enorme Anreicherung der Kolibazillen im Nierenbecken. Betrachtet man nun die in der Literatur mitgeteilten Befunde von Bakteriensteinen und Fibrinsteinen, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die sogenannten Bakteriensteine in den meisten Fällen wahrscheinlich nichts anderes sind als umgewandelte Fibrinsteine, d. h. daß das Fibrin auch in den Bakteriensteinen ursprünglich vorhanden war und den wesentlichsten Anteil an der eigenartigen Kugelbildung hatte, und erst sekundär durch die Bakterien aufgezehrt worden ist. Von der Menge der Kolibakterien im Nierenbecken wird es abhängen, ob eine vollständige oder nur teilweise Aufzehrung des Fibrins stattfindet. Je günstiger die Bedingungen der Anreiche-

Digitized by Google

rung der Bakterien im Nierenbecken sind, um so vollständiger wird die Aufzehrung sein. Dabei erscheint es gleichgültig, ob wir annehmen, daß die Bakterien von vornherein bei der Bildung der Fibrinsteine mit eingeschlossen sind und sich hier sekundär vermehrt haben, oder ob sie erst später von außen eingewandert sind.

G. Heymann-Elbing.

Über einen Fall von Riesennierenstein, von A. Grave-Moskau. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) Bei einer 49jährigen Frau, die seit Beginn der Menopause, d. h. ca. 8 Jahre, hin und wieder geringe Beschwerden in der rechten Lendengegend hatte, ohne dadurch in der Feldarbeit gehindert zu werden, hatten sich dieselben seit einem halben Jahre gesteigert, indem beim Urinieren Schmerzen auftraten und häufiger Urindrang; der immer nur in kleinen Portionen entleerte Urin war trübe. Das Röntgenogramm des Tumors, der bei der Aufnahme in der rechten Bauchhälfte gefunden wurde, ließ nicht unterscheiden, ob es sich um einen einzelnen oder um mehrere übereinandergehäufte Steine handle; der Uretherenkatheterismus war rechts unmöglich. Bei der Operation wurde eine Niere von 1100 g Gewicht, mit einem Längendurchmesser von 18,5 cm entfernt; das ganze Organ bestand aus zystösen Höckern, der untere Pol war durch eine Querfurche von der übrigen Niere getrennt; es waren im ganzen 12 Blasen, durch deren dünne Wände harte Höcker eines großen Steines fühlbar waren; nur die untere Zyste enthielt einen Stein für sich. Der Hauptstein füllte das Nierenbecken aus, und von ihm strahlten durch eine halsartige Abschnürung getrennt die Höcker peripheriewärts aus. Der ganze Stein wog 340 g, der untere 31,5 g. Das ist nach der Meinung Graves der größte Stein, der je in Rußland (und wohl einer der größten der Weltliteratur) durch Operation beseitigt wurde. Die Operation verlief glatt, die Wunde heilte gut, und ein Jahr später bei der Nachuntersuchung war die Patientin gesund und ging ihrer Feldarbeit wieder nach. Interessant war in diesem Falle das Verhalten der Blutgefäße; es fanden sich zwei große Arterienstämme, von denen der obere vier kleinere Äste abgab, und die oberen drei Viertel der Niere versorgte, während der untere zum unteren Pole ging und nur diesen versorgte. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen kommt Grave zu dem Schluß: „Die Steinbildung steht im Zusammenhange mit der Verteilung der Nierengefäße. Im Verlaufe der größeren Verzweigungen der intrarenalen Gefäße ist die Bildung eine geringere als in der peripheren Gefäßzone, wo sich der Stein frei bilden kann. Somit ist den Arterien ein elastischer Druck auf den Stein zuzusprechen." Die Beschwerden selbst großer Nierensteine können gering sein. Um das Präparat nicht zu zerstören, wurde keine chemische Prüfung vorgenommen; Grave glaubt, daß es sich um einen Uratstein mit Phosphatauflagerungen handelt.

O. Lasch-Breslau.

Der gegenwärtige Stand der Pyelographie, von Floyd E. Keene und Henry K. Pancoast-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) Die Pyelographie ist von großem Wert für die Diagnose der Nieren- und Ureterenerkrankungen; doch sind die dazugehörigen Kollargolinjektionen in das Nierenbecken nicht so gefahrlos, als man früher glaubte, wenn man auch die Gefahren derselben durch eine einwandfreie Technik auf ein Minimum reduzieren kann. Man darf der korrosiven Wirkung des Kollargols nicht allzu große Bedeutung beilegen; die Fehler liegen vielmehr in der Methode der Injektion und in ihrer Anwendung bei Krankheiten, die ein rapides Eindringen des Kollargols in das Nierengewebe begünstigen. Früher schätzte man die Kapazität des Nierenbeckens auf 15 bis 30 ccm, während man jetzt weiß, daß sie zwischen 2 bis 5 ccm schwankt. Das war die Ursache, daß man oft durch allzu reichliche Injektionen diese Kapazität überschritt; auch Hydronephrose, Ulzerationen, Tuberkulose und Tumoren begünstigen eine Schädigung des Nierengewebes durch Eindringen von Kollargol,

Digitized by Google

ferner blutende Verletzungen mittels des Katheters. Die solchen fehlerhaften Injektionen folgenden, oft sehr heftigen Schmerzen werden verursacht durch übermäßige Ausdehnung des Nierenbeckens mit Gewebsverletzungen und Eindringen der Kollargollösung in die Tubuli. Auch Fieber und perirenale Eiterung sind die Folgen und sind nicht dem Kollargol zuzuschreiben, sondern einer durch fehlerhafte Technik herbeigeführten Infektion. Auch von drei Todesfällen ist berichtet worden; in einem Falle trat der Tod einige Stunden nach Injektion von 40 ccm einer 5%igen Kollargollösung ein, die unter sehr hohem Druck ausgeführt wurde. Diese Fehler können durch eine vorsichtige und geschickte Technik vermieden werden; in der Hauptsache muß eine strenge Asepsis gefordert werden, ferner soll der Katheter das Kaliber 6 nicht überschreiten; er darf nicht rauh sein, muß geschmeidig sein und ohne spitzes Ende; kurz, das Verfahren muß ein absolut schonendes sein. Es würde zu weit führen, die röntgenographische Technik der Verfasser zu beschreiben. Trotzdem bringen die Kollargolinjektionen Gefahren mit sich, die selbst bei vorsichtigstem Operieren nicht vermieden werden können, und aus diesem Grunde sollte die Pyelographie nur dann angewendet werden, wenn auf andere Weise eine genaue Diagnose unmöglich ist. F. John-Leipzig.

Kollargol bei der Pyelographie, mit Bericht über einen bemerkenswerten Fall, von A. J. Crowell-Charlotte, N. C. (J. Am. m. Assoc., 17. Okt. 1914.) Nach der Injektion von 12 ccm einer 10%igen Kollargollösung in den Pelvis einer hydronephrotischen Niere wurde von der 35jährigen, leidlich gut genährten Kranken über heftigen Schmerz geklagt, und es stellte sich alsbald hochgradige allgemeine Schwäche und eine fast totale Anurie ein; des weiteren entwickelte sich eine ausgesprochen hämorrhagische Diathese, und am fünften Tage trat der Tod ein. Die auf die Nieren beschränkte Autopsie ergab verschiedene Läsionen in denselben, wohl die Folgen von Druck durch das Kollargol. Bei zwei Versuchen an Hunden erhielt C. in dem einen Fall ähnliche Vorgänge. Er möchte das Kollargol durch ein anderes zuverlässig unschädliches Präparat ersetzt sehen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die bei der Pyelographie entstehenden Wirkungen des Kollargols, von D. N. Eisendrath-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 9. Jan. 1915.) Verfasser hat eine Reihe von Experimenten an Hunden ausgeführt, um die Ursachen und das Wesen der bei der Einführung von Kollargol in das Nierenbecken gelegentlich beobachteten Schädigungen genauer zu erforschen. Er fand, daß das Verfahren auch bei erkrankten Nieren vollständig unschädlich ist, solange die eingeführte Menge das Fassungsvermögen der Niere nicht übersteigt und kein unverhältnismäßig hoher Druck zur Anwendung kommt. Schädigungen und tödliche Wirkungen entstehen beim Überschreiten dieser Grenzen, indem dann Kollargol ins Nierengewebe, in die Tubuli und Glomeruli, in die Nierengefäße und des weiteren in andere Organe, wie Lunge, Leber, Milz, mit großer Geschwindigkeit eindringt. Mit einem anderen Silbersalz, Kargentos, und auch mit einer 10%igen Methylenblaulösung wurden die gleichen Ergebnisse konstatiert.
A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Ätiologie und Diagnose der Pyelozystitis im Kindesalter, von Otto Stiner-Bern. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 24.) Beschreibung einiger Krankengeschichten von Pyelozystitisfällen, aus denen hervorgeht, daß für die Ätiologie eine Erkältung neben der bakteriellen Infektion die momentan auslösende Ursache sein kann und daß für die Diagnose und Differentialdiagnose die Urinuntersuchung die Hauptsache ist. H. Boehme-Leipzig.

Pyelitis, von Claude Frankau-London. (M. Press a. Circ., 3. Dezember 1913.) Bei der Pyelitis sind ätiologisch zwei Klassen zu unterscheiden: die hämatogene und die aszendierende Infektion. Der hämatogene Typus ist der häufigste und meist — in 75%

Digitized by Google

— durch das Bakterium coli communis verursacht: Staphylokokken und Streptokokken werden gelegentlich gefunden, selten der Bacillus typhosus und der Bacillus pyocyaneus. Als prädisponierende Ursachen kommen verschiedene Momente in Betracht, z. B. Kongestion, lokales Trauma, Fremdkörper (Steinbildung) und die reizende Einwirkung von Medikamenten, Giften und Krankheitstoxinen. Aszendierende Infektion ohne Harnstauung ist außerordentlich selten. Anhaltende Stauung jedoch verursacht gewisse Veränderungen in den Nieren, die diese für Infektionen besonders empfänglich machen. Der hämatogene Typus beginnt in akuter Weise; starke Schmerzen, die nach dem Rücken oder im Verlauf der Ureteren ausstrahlen, sind oft vorhanden. Schwere Störungen des Allgemeinbefindens können auftreten. Bei stark vermehrtem Urindrang werden kleine Mengen entleert; hierbei auftretende Schmerzen kündigen eine sekundäre Infektion der Blasenbasis an. Die Differentialdiagnose hängt häufig von der Urinuntersuchung ab. In frühen Stadien ist vielleicht nur eine Spur von Albumen vorhanden; Eiter fehlt häufig; ein Tropfen Urins jedoch wimmelt bei starker mikroskopischer Vergrößerung von Mikroorganismen. In den späteren Stadien ist Eiter in verschiedenen Mengen vorhanden. Bei geeigneter Behandlung gehen die akuten Symptome rasch zurück. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht Appendizitis, Pyosalpinx, Cholezystitis, Typhus und Influenza. Vielfach kommt die Erkrankung erst im chronischen Stadium zur Beobachtung infolge Übergehens des akuten Anfalles von seiten des Patienten oder infolge einer Fehldiagnose. Die charakteristischen Symptome der chronischen Pyelitis sind: Rückenschmerz, vermehrter Urindrang bei Tag und Nacht, Übelbefinden, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Rezidivierende akute Anfälle kommen häufig vor. Der Urin enthält häufig mikroskopisch und makroskopisch Eiter und ist durch Bakterie gehalt oft getrübt. Für die Differentialdiagnose ist die Zystoskopie wichtig. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung des Urins ist in Hinsicht auf die Gewinnung einer autogenen Vakzine erforderlich. Die Diät ist sorgfältig zu regulieren. An Arzneimitteln kommen in Betracht Urotropin und bei saurem Urin, wie es meist der Fall ist, Alkalien. Die Resultate der Vakzinetherapie sind sehr verschieden. Gute Resultate werden auch der Spülung des Nierenbeckens durch den Ureterenkatheter mit Silberpräparaten nachgerühmt. Als äußerstes Mittel kommt operatives Vorgehen in Betracht: die Pyelotomie und die Nephrektomie. Die Prognose quoad vitam ist in akuten Fällen günstig. Chronische Pyelitis ist dagegen eine das Leben verkürzende Erkrankung. Die Exstirpation der erkrankten Niere kann in solchen Fällen in Frage kommen. Der aszendierende Typus entwickelt sich bei Hinzutritt einer Infektion zu chronischen Harnstauungen. Nach dem Gebrauch eines septischen Instrumentes oder im Verlauf einer vernachlässigten Zystitis treten plötzlich Rückenschmerzen auf. Im Frühstadium sind Temperatursteigerungen vorhanden. Erbrechen und Durchfall können auftreten. Die Urinmenge ist vermindert; Eiter und Albumen sind nachzuweisen. Tritt bei schwerer Infektion Anurie ein, so wird die Temperatur subnormal. Der Kranke stirbt im urämischen Koma. In minderschweren Fällen kommt es immerhin zu Nierenschädigungen. Für die Therapie ist es stets von Wichtigkeit, die Harnstauung zu beseitigen. Die beste Methode hierzu ist die suprapubische Zystotomie. Bei dauernder Anurie kommt als letztes Mittel ein- oder doppelseitige Nephrotomie in Frage, eine schwere Operation, die gelegentlich von Erfolg begleitet ist. Nach dem akuten Stadium sind Harnantiseptika und Vakzinetherapie anzuwenden. H. Fendt-Wiesbaden.

Beitrag zur Kasuistik der Zysten des vesikalen Ureterostiums, von W. Kotzenberg-Hamburg. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) Zysten der Ureterenmündungen in der Blase sind bis vor kurzer Zeit in vivo selten diagnostiziert worden; dagegen mehren sich seit der Ausbildung der Zystoskopie die Fälle erheblich. In der vorliegenden Arbeit

Digitized by Google

beschreibt Kotzenberg einen Fall von Zystenbildung am linken Ureter. Das deutliche Bild der sackartigen Ausstülpung des Ureterostiums, das wie ein Penis in die Blase hineinragte und mit rhythmischen Bewegungen sich vorwölbte, respektive zurückzog, trat erst nach der Öffnung der Blase durch Sectio alta zutage. Trotzdem der Ureter nicht blind endete, sondern eine kleine Öffnung hatte, hatten sich bereits Beschwerden in der linken Niere eingestellt, die jedoch nach der Operation (Abtrennung der Zyste ringsum von der Blasenschleimhaut) sofort verschwanden. Als Operationsmethode kommt wohl mehr die Sectio alta mit Abtragung der Zyste in Betracht als die endovesikale Operation mit dem Galvanokauter, wobei es leicht zu heftigen Blutungen kommen kann. Der Verfasser weist darauf hin, daß durch derartige Abnormitäten Hydronephrosen entstehen können, und empfiehlt daher, sobald die Diagnose feststeht, die relative einfache Operation. O. Lasch-Breslau.

Ein abnormer Verlauf des rechten Ureters bei einem Fall von Dickdarmatresie und Hodensackmißbildung, von A. Schwepel-Czernowitz. (Zbl. f. Pathol., 1914, Bd. 25, Nr. 3.) Bei einem totgeborenen (♂) Kind mit allen Zeichen der Reife fand sich neben einer Reihe von Mißbildungen, welche die Form des äußeren Genitales, den Darmkanal, das uropoetische System und das Gefäßsystem betrafen, als bemerkenswerteste Mißbildung ein rechter Ureter, der als 1 cm breiter Strang aus dem Nierenhilus entspringend zuerst 2 cm lang in rein querer Richtung, dann hinter der Vena cava verläuft, zwischen Vene und Aorta wieder hervortritt, über die Hohlvene hinweg, sie deutlich nach rechts verziehend, distalwärts verläuft, um in einen Strang einzutreten, welcher den mißgebildeten Dickdarm mit der gleichfalls mißgebildeten Blase verbindet. O. Gans-Hamburg.

Totale Ureterektomie wegen Tumor, von V. Oliva. (Morgagni, 13. Sept. 1914.) Bei einer 39jährigen Frau wurde wegen eines Tumors, der sich als Adenokarzinom erwies, die rechte Niere entfernt: glatte Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren kam sie wegen Hämaturie wieder in Behandlung und es zeigte sich, daß der rechte Ureter befallen war, so daß er getastet werden konnte. Schließlich wurde dieser entfernt und die Patientin geheilt. Die Arbeit hat mehr chirurgisch-technisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Fortschritte in der Harndiagnostik, von Ernst Freund-Wien. (W. m. W., 1914, Nr. 29.) Bei Anämie kommt zunächst der Nachweis des Urobilins in Betracht. Sein Vorkommen spricht für ursächliche Leber- und Darmkrankheiten, in zweiter Linie für Veränderungen des Blutes. Beim Fehlen des Urobilins ist auf dessen Muttersubstanz, das Urobilinogen, zu prüfen. Ist bei einem Falle von Anämie weder der eine noch der andere Körper zu finden, so handelt es sich um eine Chlorose oder einfache Anämie. Die dunkle Farbe des Urins ist ohne sichere Bedeutung, da dieselbe auch durch Alkaptone und Kresolverbindungen erzeugt wird. Urobilin gleichzeitig in den Fäzes spricht für perniziöse Anämie; Urobilin und vermehrtes Purin für leukämische Erkrankungen, Urobilin im Harn allein für Tuberkulose. Bei dieser Affektion ist es wichtig, die Bestimmung des prozentualen Verhältnisses zwischen Harnstoff und Kochsalz auszuführen. Ein starkes Herabgehen des letzteren bedeutet eine Zerstörung von Körpereiweiß, wie sie bei Tuberkulose vorkommt. Oxyproteinsäuren finden sich bei Karzinom, sie lassen sich aus dem Urin durch Baryt und Alkoholäther fällen. Bei Magen- und Darmgeschwüren gibt man 10 g Somatose und untersucht den Urin stündlich. Beim Nachweis von Pepton hat man auf einen Defekt der Schleimhaut zu schließen. Azeton, namentlich in Verbindung mit Indoxyl und Skatoxyl, kommt bei Autointoxikationen im Darmkanal vor, relative Armut an diesen Körpern und Diazoreaktion bei Typhus. Peptone und Albumosen im Urin mit der Biuretreaktion haben fieberanregende

Digitized by Google

Eiterungen als Ursache. Bei Malaria ist im Hitzestadium die Abgabe vom Kochsalz beträchtlich erhöht. Umgekehrt bei der Pneumonie. Bei ihr ist auch der Kalziumgehalt verringert, während Gallenfarbstoff immer vorhanden ist. Häufig sind gerinnungshemmende oder -beschleunigende Substanzen; diese treten bei infausten, jene bei gut verlaufenden Pneumonien auf. Bei fieberhaften Erkrankungen des Nervensystems nimmt die Phosphatausfuhr zu, doch braucht deshalb die Menge desselben nicht höher zu sein als sonst, da bei Fieber wegen Nahrungsmangels eine Abnahme erfolgt. Bei der tuberkulösen Meningitis ist die Phosphorsäure auf normaler Höhe, ihr Verhältnis zum Harnstoff eher verringert. Bei der Untersuchung nephritischer Urine ist das Vorhandensein von Nukleoalbuminen, d. h. der durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper prognostisch günstig, denn beim Morbus Brightii fehlt Nukleoalbumin, doch enthält toxische hämorrhagische Nephritis und die genuine Schrumpfniere auch diese Eiweißart. Zur Entscheidung zwischen Nephritis und sekundärer Albuminurie dient das Verhalten des Urins zum alizarinsulfonsauren Natrium. Gibt man eine 1%ige Lösung desselben zu normalem Urin, so scheiden sich rote Flocken ab, dagegen im nephritischen gelbe und rote faserige Tupfen. Bei Amyloidose finden sich Zylinder, welche sich mit Alizarin violett färben. Außerdem ist hierbei auch die Menge des Globulins von Bedeutung. Die Verwendung von alizarinsulfosaurem Natrium ist weiter wertvoll zur Unterscheidung von Zystitis und Pyelitis. Für die gichtischen Prozesse fehlen noch geeignete Bestimmungen. H. Vörner-Leipzig.

Die akute Harnverhaltung, eine wenig beachtete Wirkung des Morphins, von Czapek und Wassermann-Wien. (D. m. W., 1914, Nr. 31.) Die Harnverhaltung nach Morphin, die die Verfasser in fünf näher beschriebenen Fällen beobachtet haben, ist nach den Tierversuchen von Hanč und Maxim. v. Zeissls durch Sphinkterkrampf zu erklären. Es handelte sich in allen Fällen um Individuen, bei denen das Alter oder lokale Erkrankungen (Blennorrhoe, Carcinoma prostatae, andauerndes Siechtum usw.), die volle Ausnutzung der auxiliaren Bauchmuskulatur, deren Mitwirkung den Spasmus des Sphinkters vielleicht hätte überwinden können, nicht gestatteten. Merkwürdigerweise betraf die Harnverhaltung nur Männer; offenbar sei diese Eigentümlichkeit auf die bekannte Sphinkterschwäche des Weibes zurückzuführen. Während die üblichen therapeutischen Dosen in dieser Weise wirken, scheine die Gesamtdroge Opium und Pantopin keine Harnverhaltung hervorzurufen. Der Katheterismus muß, um bei dem Krampfzustand des Sphinkters Verletzungen zu vermeiden, behutsam ausgeführt werden. Am ehesten von Nutzen müßten Atropininjektionen sein, die die Verfasser bei ihren Fällen, wegen der Dringlichkeit des Eingreifens, jedoch nicht Gelegenheit fanden anzuwenden. E. Brinitzer-Altona.

Über Harnstauung und Niereninfektion, von Heinrich Hartung. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Verfasser berichtet über Experimente an 60 Kaninchen, die ergeben, daß der Stauung eine ganz bedeutende Rolle bei der hämatogenen Infektion der Niere zuzusprechen ist. G. Heymann-Elbing.

Einige praktische Konsequenzen von 8000 Urinuntersuchungen, von William Muhlberg-Cincinnati. (M. Record, 27. Dezember 1913.) Die „Union Central" Lebensversicherungsgesellschaft hat schon seit einer Reihe von Jahren ein eigenes Laboratorium errichtet, in welchem besonders geschulte und eigens dazu angestellte Ärzte eine Reihe Untersuchungen vornehmen, die nach den Erfahrungen der Versicherungsgesellschaft vom Praktiker nicht genau und zuverlässig genug ausgeführt werden. Dazu gehört nach den bisher gemachten Erfahrungen vor allem die Untersuchung des Urins; angeblich weichen die im Laboratorium gefundenen Ergebnisse so außerordentlich von den Angaben der praktischen Ärzte, welche die Versicherungsapplikanten zu

Digitized by Google

untersuchen haben, ab, daß kaum auf 1% der Untersucher Verlaß ist. Der untersuchende Arzt wird darum angehalten, Urin, den der Patient in seiner Gegenwart gelassen, direkt an das Laboratorium zu schicken. Dabei wird Wert darauf gelegt, daß Nachmittagsharn zur Untersuchung komme, in welchem sich häufiger Eiweiß, Zylinder und auch Zucker finde, als im Morgenharn. Um den Urin nicht durch Eiterzellen einer chronischen latenten Urethritis verunreinigt zu erhalten, ist stets die zweite Hälfte des Urins einzusenden, der dann zwecks Haltbarmachung etwas Borsäure zugesetzt wird.

W. Lehmann-Stettin.

Über Urotropin als Desinfiziens der Harnwege, von H. F. Hoest-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915, Nr. 2.) Die praktische Konsequenz der Anwendung des Urotropins bei bakteriellen Leiden der Harnwege ist nach den Untersuchungen des Verfassers folgende: bei Krankheiten der Nieren, der Nierenbecken und der Ureteren wird die therapeutische Wirkung des Urotropins wohl gleich Null sein, indem der Harn diese Organe so schnell passiert, daß nichts oder nur sehr wenig Formaldehyd gebildet wird. Bei sehr saurem Harn jedoch wird man möglicherweise mit einer Wirkung rechnen können. In der Harnblase wird die Wirkung erstens von der Reaktion des Harns, zweitens von der Häufigkeit des Urinierens abhängig sein. Ist der Harn sauer, wird Formaldehyd verhältnismäßig schnell in genügenden Mengen abgespaltet werden, um die erwünschte antibakterielle Wirkung zu erhalten. Bei neutralem bzw. schwach alkalischem Harn ist der Effekt zweifelhaft, und im hohen Grade von der Häufigkeit des Urinierens abhängig. Bei stark alkalischem Harn jedoch darf man keine terapeutische Wirkung erwarten. Die Größe der Dosen ist von relativ untergeordneter Bedeutung. Als Prophylaktikum (bei Operationen, Katheterisierungen usw.) ist das Urotropin insoweit von Bedeutung, als der normale Harn sauer ist. Bei Retentio urinae muß Vorsicht angewandt werden, weil größere Menge von Formaldehyd gebildet werden kann, das heftige Tenesmen zur Folge haben könnte.

W. Holland-Kristiania.

Über eine Urinprobe, die für die Karzinom- und Sarkomdiagnose von Nutzen ist, von Frederick Klein und Charles H. Walker-New York. (New York m. Mschr., 1914, *Nr. 5.*) Verfasser legen ihren Urinuntersuchungen die Theorie zugrunde, daß bei allen malignen Erkrankungen die Schwefelverbindungen, Taurin und Zystin, gewisse Reduktionsvorgänge erleiden und dann nicht mehr als solche vorhanden sind. Die nachfolgende Urinprobe, die darauf basiert, betrachten sie deshalb als unzuverlässigen Nachweis einer malignen Erkrankung. Es werden für den Vergleich der Farbe zwei Lösungen hergestellt. 1. Zu 10 ccm Aq. dest. werden 10 Tropfen einer $^1/_{10}$ Normaljodlösung (U. S. Pharmacop., S. 549) zugesetzt. Diese Lösung (A) besitzt ungefähr die Farbe des normalen oder nichtmalignen Urins nach angestellter Reaktion. 2. Zu 10 ccm Aq. dest. werden drei Tropfen obiger Normaljodlösung zugefügt. Diese Lösung (B) entspricht ziemlich dem unmalignen Urin nach angestellter Probe. Nun wird die Urinprobe vorgenommen wie folgt: zu 4 ccm Urin werden zehn Tropfen obiger Normaljodlösung zugefügt und gut durchgeschüttelt. Dann werden 4 ccm Salzsäure, C. P. spez. Gew. 1,19, zugesetzt und wieder gut durchgeschüttelt. Hat der Urin dann die Farbe von A, kann der Fall als nichtmaligne betrachtet werden, wenn die von B, als maligne. Ein ausgesprochener Unterschied in der Farbe soll auf einen vorgeschrittenen Zustand hinweisen, geringere Farbenunterschiede einen beginnenden oder weniger ausgedehnten Prozeß bedeuten.

E. Klemm-Leipzig.

Die Untersuchung des Harnniederschlages mit dem Tuschsystem, von L. Detre-Budapest. (Sitzung des Budapester Ärztevereins, 19. April 1913.) Der Urin wird gut zentrifugiert und dann der Satz mit flüssiger Tusche von gleicher Quantität

Digitized by Google

in einer Pipette gemischt. Die Mischung wird hierauf auf einem Objektglas ausgeblasen und zerrieben. Ist der Urin alkalisch, so wird der Satz vorher mit 1%iger ClNa-Lösung gewaschen, da sich sonst die Tusche nicht gleichmäßig verteilt. In dem an der Luft getrockneten Präparate sucht man mit kleiner Vergrößerung die auf Zylinder verdächtigen Gebilde, die dann bei mittlerer Vergrößerung oder Immersion identifiziert werden können. Auf der schwarzen Basis kommen sämtliche Zellen, Zylinder, Zylindroide, Schleimfäden, Kristalle und Bakterien scharf zum Vorschein und können sehr leicht erkannt werden. Das Trockenwerden ändert an der Struktur der Zylinder nichts, so daß z. B. Hyalin, körnige, zellige usw. Zylinder ebensogut unterschieden werden können, wie bei frischen Präparaten. Der Vorteil dieses Verfahrens ist, daß 1. die Präparate ständig sind und daß die Nachuntersuchung auch später noch möglich ist, daß 2. das Auffinden von Zylindern geringerer Zahl außerordentlich erleichtert wird, daß 3. im Urin mit starkem Eitergehalt das Erkennen der Zylinder geringer Zahl möglich ist, daß 4. man sich überzeugen kann, daß zwischen Zylinder und Zylindroiden keine wesentliche Abweichung und kein Unterschied ist. Vortragender demonstrierte an projizierten Präparaten, wie die typischen Zylinder in Zylindroide übergehen.

M. Porosz-Budapest.

Eiter im Urin, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 13. Dezember 1913.) Eiter im Urin oder Pyurie bedeutet im allgemeinen einen entzündlichen Prozeß ernsthafter Natur, der, wie Hämaturie an irgend einem Teile des Urogenitalsystems seinen Ursprung haben kann. Beim Manne kann dies die Vorhaut, vorderer und hinterer Teil der Harnröhe und die um dieselbe liegenden Organe oder Gewebe, namentlich die Prostata, beim Weibe Vulva, Vagina, Uterus und Harnröhre (entsprechend der Pars posterior der Harnröhre beim Manne), und bei beiden Geschlechtern Blase, einer oder beide Harnleiter, Nierenbecken und die Nieren selbst sein. Die eigentliche Ursache ist Infektion und deren verschiedentlichen Erreger. Beginnend von der Balanitis, deren wichtigste Form wohl die auf Syphilis beruhende ist und nur im ersten Glas Urin eine geringe Menge Eiter enthält, illustriert P. die meisten der vorgenannten Arten von Pyurie mit entsprechenden Beispielen aus der Praxis. Für die Unterscheidung der Stelle, von wo aus der Eiter in der Harnröhre seinen Ausgangspunkt hat, gibt es nach P.s Erfahrung keine bessere Methode als Wolbarsts Fünfgläserprobe; da hierbei immerhin die Gefahr einer Blaseninfektion vorhanden ist, so gibt P. einige Tage vor- und nachher Harnantiseptika. Ein Fall von eitriger follikulärer Prostatitis lehrt die Tatsache, daß Eiter selten makroskopisch und meist nur mikroskopisch nachzuweisen ist. Die Notwendigkeit frühzeitiger zystoskopischer Untersuchung ist vorhanden, wenn irgend eine ausgesprochene Blasenstörung sich zeigt, mag auch kein Blut oder Eiter im Urin oder derselbe nur mikroskopisch nachzuweisen sein; besonders bei Neubildungen, Papillomen u. a. der Blase kann eine frühzeitige Diagnose die Beschwerden auch bald beseitigen. Hydronephrosis kann mit Eiterbildung verbunden sein und zu Pyonephrosis führen, wie die Wahrscheinlichkeitsdiagnose in einem von P. beobachteten Falle ergab, wo zwar Katheterismus der Harnleiter mit denkbar größter Sorgfalt ausgeführt wurde, aber eine mehrere Wochen anhaltende, tiefgehende Nierenstörung zur Folge hatte. Der zuletzt beschriebene Fall betraf eine Niereneiterung, welche nach Nephrektomie infolge von Bacillus coli-Infektion der Wunde und Allgemeinsepsis tödlich endete; Patient, ein 27jähriger verheirateter Mann, hatte seinen Zustand für einen Rückfall von blennorrhoischer Urethritis gehalten und viel zu lange — sechs Monate — gewartet, bis er ärztliche Hilfe aufsuchte und die Infektion von der Niere auf Harnleiter und Blase sich ausgebreitet hatte. Wie ersichtlich, wählte Verfasser besonders instruktive Fälle zur Illustrierung seines Themas.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Syphilis und Lebensversicherung, von HENRY H. SCHROEDER - New York. (M. Record, 1914, Nr. 16.) Die vielfachen, die Interessen der Lebensversicherungsgesellschaften schädlich beeinflussenden Folgen der Syphilis können nur dadurch gemildert werden, daß die Ärzte der Lebensversicherungsgesellschaften grundsätzlich niemand mit luetischer Anamnese annehmen, bis mindestens ein Jahr nach der letzten Behandlung verflossen ist, mehrere in regelmäßigen Zwischenräumen ausgeführte Blutuntersuchungen eine negative WR ergeben, ebenso eine provokatorische WR am Ende dieses Jahres. Obwohl eine Erfüllung dieser Bedingungen nicht eine vollständige Heilung beweist, ist sie doch für die Praxis ausreichend; denn wenn auch die einfache Komplementbindungsreaktion eine wertvolle Kontrolle während der Behandlung darstellt, so ist sie doch für einen endgültigen Heilungsbeweis weniger wertvoll als die negative provokatorische WR, die, besonders wenn sie wie bei wiederholten Untersuchungen festgestellt wurde, ja beweist, daß die Spirochäten an allen den Orten zugrunde gegangen sind, die das Blut auf seinem Kreislauf erreichen kann. NONNES „4 Reaktionen" sind praktisch für die Zwecke der Lebensversichungsgesellschaften nicht brauchbar. Leute mit tertiärer Syphilis in der Anamnese sollten unter keinen Umständen aufgenommen werden. Auf die Wichtigkeit einer möglichst durch Spirochätennachweis im Primäraffekt gesicherten ersten Diagnose für die Beurteilung ev. später auftretender Symptome wird hingewiesen; ferner wird empfohlen, nur von geübten Serologen mit großer Erfahrung die WR ausführen zu lassen. Da nun trotz aller genauen Untersuchungen und trotz aller Anzeichen anscheinender Heilung immer noch durch Versicherung von an den Folgen der Syphilis Leidenden für die Lebensversicherungsgesellschaften große Verluste entstehen, sollte man Syphilitiker nur unter der Bedingung versichern, daß die Police mit 55 Jahren abläuft oder aber die Prämien erhöht werden. Eine eingehende Prüfung der Kreislauforgane und des Nervensystems ist bei luetischer Anamnese unbedingt notwendig; insbesondere sollte jedesmal eine Blutdruckmessung stattfinden. Wenn auch mancher die Versicherung Wünschende die Erfüllung und Ausführung aller dieser Dinge als große Belästigung ansehen wird und vielleicht die eine oder andere Versicherung nicht zum Abschluß kommt, so wird dadurch keineswegs viel verloren: denn der Nichtabschluß einer Versicherung mit Personen bei luetischer Anamnese wird eher die letzteren Interessen der Gesellschaft vor Schaden bewahren, als sie schädigen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde, von GENNERICH. (M. m. W., 1915, Nr. 16.) Die Arbeit enthält eine Reihe von wertvollen, praktischen Ratschlägen teils prophylaktischer, hygienischer Art, teils die Therapie betreffend; eine Wiedergabe der zahlreichen Einzelheiten würde aber den Rahmen eines Referates überschreiten. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und ihre Folgen (Nachtrag), von EYSELL. (M. m. W., 1915, Nr. 16.) Verfasser wiederholt sein (M. m. W., 1915, Nr. 10) schon früher empfohlenes Verfahren zur Abwehr gegen Läuse, eine Portion Sulfur praecipitatum (nicht S. sublimatum) in das Unterzeug durch Bürsten desselben einzutreiben. Unter dem Einfluß der Körperwärme und des Schweißes sollen sich Schwefelverbindungen (schwefelige Säure u. a.) bilden, die antiparasitär wirken. Die erste Mitteilung E.s scheint vielfach mißverstanden worden zu sein.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von Schönheitsmitteln, von G. W. Robinson-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 10.) Verfasser berichtet über zwei Patientinnen, bei denen sich schwere Nervenlähmungen nebst anderen Zeichen von Bleivergiftung entwickelt hatten infolge des längere Zeit fortgesetzten Einpuderns des Gesichts mit einem in Amerika anscheinend sehr beliebten Schönheitsmittel, „Flake white", das zum großen Teil aus Bleisubkarbonat besteht. Unter geeigneter Behandlung und Verbot der weiteren Anwendung des Kosmetikums erfolgte Genesung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Gelegentlich des russischen Einfalles in **Memel** wurde auch das eine halbe Stunde von der Stadt entfernte und etwa 20 Kranke beherbergende **Lepraheim** geplündert.

Nach einer Mitteilung des U. S. Public Health Service gibt es zurzeit in den **Vereinigten Staaten** folgende **Leprosarien:** Leper Home in San Francisco, Cal.; Louisiana State Leper Home in New Orleans, La.; Massachusetts Leper Station, Penikese Island, Mass.; Hawaiian Leper Colony, Molokai, Hawaii; Philippine Leper Island, Culion Island, P. J.; Porto Rico Leper Colony, Cabras Island, P. R.

Der nordamerikanische Staat Illinois plant die Errichtung eines Leprosori welches an das im Baue begriffene Alton State Hospital angegliedert werden soli.

Am 4. Mai fand die Eröffnung des neuen James Buchanan Brady Urological Institute am John Hopkins Hospital in Baltimore statt.

P. A. Surgeon Randolph M. Grimm in Savannah, Ga. wurde zum Leiter des Government Pellagra Hospital in Spartanburg, S. C. ernannt.

Prof. Franz v. Krzysztalowicz, Abteilungsschefarzt des Festungsspitales Nr. 4 in Krakau, wurde auf Kriegsdauer zum Stabsarzte ernannt.

Dr. Hugo Guth-Karlsbad wurde zum k. u. k. Regimentsarzte der Evidenz ernannt.

Prof. Ernest Gaucher-Paris ist zurzeit als Chefarzt der Infektionabteilung des Hôpital militaire Villemin tätig.

Der Urologe Dr. Kurt Frank-Wien befindet sich in Taschkent in russischer Kriegsgefangenschaft.

Dr. Auguste Marie, Chefarzt der Asiles publiques de la Seine in Villejuif bei Paris und Verfasser einer viel verbreiteten Bearbeitung von Lombrosos „Pellagra", ist gefallen.

Dr. Max Salzmann-Breslau ist gefallen.

Dr. Lucien Jacquet, leitender Arzt am Hôpital Saint-Antoine in Paris, ist um Neujahr gestorben.

Prof. George Warren Spencer, konsultierender Dermatologe am Huron Road Hospital in Cleveland, O., ist gestorben.

Der Lepraforscher Sir George Turner ist, 79 Jahre alt, an den Folgen einer in Transvaal erworbenen Leprainfektion in Colyton, Devon gestorben.

Dr. William Fleming Breakey, Professor der Dermatologie an der Universität Chicago, ist am 1. April, 79 Jahre alt, gestorben.

Dr. Richard Fischel, Kurarzt in Bad Hall, zuletzt Arzt am Roten Kreuzspitale in der Ferdinandskaserne in Prag, ist daselbst am 28. April gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Juli 1915 | Nr. 28 | Band 61

Aus der Dermatologischen Klinik zu Breslau (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Neisser).

Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum.

Von

Dr. Smilovici, Assistenzarzt.

In einer in der Dermatologischen Wochenschrift, 1915, Nr. 7, erschienenen Arbeit hat J. Schumacher das Ammoniumpersulfat aufs wärmste als Antigonorrhoikum empfohlen. Er faßte seine Resultate in folgender Weise zusammen:

„Nach den mitgeteilten Krankengeschichten und den übrigen gemachten Erfahrungen komme ich zu dem Resultat, daß Ammoniumpersulfat die Silberpräparate bei der Behandlung der Gonorrhoe völlig ersetzen kann, ja sie in gewissen Eigenschaften sogar übertrifft. Seine Hauptvorzüge gegenüber den Silberpräparaten sind außer seiner absoluten Reizlosigkeit seine sekretionsbeschränkende Wirkung, die wahrscheinlich zum größten Teil auf hochgradiger oxydativer Zerstörung der Toxine und dadurch aufgehobener positiver Chemotaxis beruht. Ferner, daß seine Lösungen absolut wasserklar sind, keine Flecke in Wäsche von Arzt und Patient auch nicht nach Einwirkung des Lichtes erzeugen und seine Tabletten momentan wasserlöslich sind. Es eignet sich auch zur Behandlung anderer bakterieller Infektionen und kann somit eine allgemeine urethrale Anwendung finden. Daß es in fester Form zu prophylaktischen Zwecken dienen kann, wird ein weiterer Vorteil sein. Sein billiger Preis endlich dürfte seine Verbreitung ungemein erleichtern."

So viele gute Eigenschaften, wie auch die guten Ergebnisse der von ihm behandelten Fälle und seiner allerdings nur mit Kolibazillen in vitro gemachten Versuche veranlaßten uns, das empfohlene Salz bei unseren Gonorrhoikern zu verwenden.

Es wurden 10 Patienten nach der Schumacherschen Vorschrift (1% ige Lösung, dreimal täglich je 10 Minuten und je eine Janet-Spülung) behandelt. Die Ergebnisse waren durchaus unbefriedigend. Nach einer 10—14tägigen Behandlung hatten fast alle Patienten Gonokokken im Morgenabstrich. In vier weiteren Fällen wurde eine 2% ige Lösung verwendet und die Behandlungszeit verlängert derart, daß die Patienten bei jeder Sitzung, also dreimal täglich, die Lösung zweimal 10 Minuten lang in der Harnröhre behielten. Aber auch jetzt waren nach 10—14 Tagen stets noch massenhaft Gonokokken nachzuweisen. Hin und wieder verschwanden die Gonokokken zeitweise, traten aber nach 1—2tägiger Aussetzung der Therapie wieder auf.

Digitized by Google

Es wäre noch zu bemerken, daß sämtliche bei den angeführten Versuchen in Betracht kommenden Fälle unkompliziert waren, ohne paraurethrale Gänge, Infiltrate usw. Alle Patienten sind nach einer mit Protargol nachträglich ausgeführten Therapie als geheilt entlassen worden.

Wir prüften auch die gonokokkentötende Kraft des Ammoniumpersulfats in vitro, während SCHUMACHER nur mit Kolibazillen Versuche gemacht hat. Unsere Versuche wurden in folgender Weise durchgeführt:

Eine Reihe gutbewachsener, 24 Stunden alter Gonokokkenkulturen wurde mit 1 ccm Ascites NaCl-Lösung (1 + 2 Teile) abgeschwemmt. Je 1 ccm dieser Emulsion wurde verschiedenen Konzentrationen des Ammoniumpersulfats 1 : 20, 100, 200, 1000 zugefügt; die Mischung wurde gut durchgeschüttelt und in den Thermostaten von 37° gestellt. Nach 5, 15 und 60 Minuten wurden Abimpfungen auf Aszitesagar vorgenommen, die nach dreitägiger Beobachtungszeit folgendes endgültige Ergebnis hatten:

Konzentration	5 Minuten		15 Minuten		1 Stunde	
1 : 20	−	(+) +	− 3 Kol.	(+) (+)	−	−
1 : 100	++ +++	++ +++	+ ++	(+) ++	− 1 Kol.	4 Kol. 3 Kol.
1 : 200	+++	+++	+++	+++	+	+
1 : 1000	+++	+++	+++	+++	++	+++
Kontrolle	+++	+++	+++	+++	+++	+++

Es stellte sich also eine sehr schwache Desinfektionskraft heraus, die der der üblichen antigonorrhoischen silberhaltigen Salze weit nachsteht.

Gesamtresultat: das Ammoniumpersulfat ist als Antigonorrhoikum nicht brauchbar.

Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum.

Von

J. SCHUMACHER, Berlin.

In der vorigen Arbeit prüfte SMILOVICI die gonokokkentötende Kraft des Ammoniumpersulfats und kommt zu dem Schluß, daß seine Desinfektionskraft nur eine schwache ist und der der üblichen silberhaltigen Salze weit nachsteht. Bei seinen Versuchen hat er jedoch die chemischen Verhältnisse der Desinfektion mit Ammoniumpersulfat völlig außer acht

Digitized by Google

gelassen, obwohl schon Wacker und ich ausdrücklich darauf hingewiesen haben. Wacker fand, daß es absolut nicht gleichgültig ist, ob man nur 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung zu der doppelten oder einfachen Menge Desinfektionsflüssigkeit brachte. Verwendete er 0,2 ccm Bakterienbelag (Erysipelstreptokokken), so war eine Desinfektionswirkung der 0,5%igen Lösung bei einer Temperatur von 22° und einer Einwirkungszeit von zwei Minuten nicht zu erkennen. Erst die 2%ige Lösung tötete mit Sicherheit ab. Nahm er dagegen nur 0,1 ccm Bakterienbelag zu demselben Versuch, so blieben nicht nur alle Aussaaten, die mit 0,5%iger Lösung desinfiziert waren, steril bei gleicher Temperatur und gleich langer Einwirkungsdauer, sondern die Desinfektion erfolgte schon in der Hälfte der Zeit. Wacker wies alsdann daraufhin, daß hieraus genau ersichtlich sei, welche Rolle die Quantität der angewendeten Bakterien bei der Beurteilung eines Desinfektionsmittels spiele. Hieraus folgt, daß zwei verschiedene Beobachter, die verschieden große Bakterienmengen zu den Desinfektionsversuchen nehmen, zu verschiedenen Resultaten kommen müssen. Der eine findet erst die 2%ige Lösung ausreichend zur Desinfektion, der andere bereits die ½%ige. Dieser Unterschied beruht eben darauf, daß ein Teil des Ammoniumpersulfats bei der Oxydation verbraucht wird, worauf ich seinerzeit ausdrücklich hinwies. Auch konnte ich die Befunde Wackers bestätigen. Nahm ich 0,1 ccm Bacterium coli Aufschwemmung und brachte sie zu 30 ccm 1%iger Ammoniumpersulfatlösung, so waren die aufgegangenen Kolonien nach einer Einwirkungzeit von einer Minute meist zählbar, während bei dem gleichen Versuch mit nur 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit unendlich viel gewachsen war. Auch nach einer Einwirkungszeit von fünf Minuten war ein Unterschied deutlich erkennbar. Nun ist es für die Beurteilung der Desinfektionskraft sehr wesentlich, ob Smilovici die Gonokokkenaufschwemmung zu 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit, ob er sie mit gleichen Teilen Desinfektionsflüssigkeit versetzte oder ob er sie je zu der Ammoniumpersulfatlösung 1 : 20, 1 : 100, 1 : 1000 brachte. Diese Hauptsache, die für die Beurteilung wichtig ist, ist leider aus der Arbeit Smilovicis gar nicht zu erkennen. Dazu kommt, daß wir therapeutisch gerade unter den günstigsten Chancen arbeiten, indem nämlich durch eine Janetsche Spülung große Mengen Desinfektionsflüssigkeit mit verhältnismäßig geringen Mengen organischer Substanz zusammenkommen.

Aber noch in anderer Hinsicht sind seine Versuche nicht beweisend. Er übersieht ja völlig, daß er außer den Gonokokken in nicht unerheblicher Menge andere organische Substanzen, Aszitesflüssigkeit, zu der Desinfektionsflüssigkeit gebracht hat. Ein großer Teil des Am-

Digitized by Google

moniumpersulfats erschöpft sich bereits durch die Oxydation der Aszitesbestandteile und scheidet für die Desinfektion der Gonokokken aus. Smilovici hat daher, wenn er über den Desinfektionswert einer 1 %igen Ammoniumpersulfatlösung bei Gonokokken berichtet, gar nicht die 1 %ige Lösung geprüft, sondern in Wirklichkeit eine viel geringer prozentige Lösung, um so viel geringer prozentig, als vorhandene organische Substanzen der Aszitesflüssigkeit Ammoniumpersulfat für sich zur Oxydation in Anspruch nahmen. Ich habe mich daher veranlaßt gesehen, die Desinfektionskraft des Ammoniumpersulfats bei Gonokokken ebenfalls zu untersuchen, dazu außerdem seinen Einfluß auf einen noch widerstandsfähigeren Mikroorganismus, den Staphylococcus pyogenes aureus, kennen zu lernen.

Eine üppig gewachsene Gonokokkenkultur[1]) auf Aszitesagar gezüchtet, wurde mit 3 ccm 37° warmer physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt und je zwei Tropfen dieser Emulsion zu 20 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht. Die Mischung wurde gut geschüttelt und sofort in den Thermostaten gestellt. Nach 5, 15 und 30 Minuten wurden Abimpfungen auf Aszitesagar gemacht, die nach drei Tagen folgendes Resultat ergaben:

	5 Min.	15 Min.	30 Min.
1 %ige Lösung	++ ++	+ +	− − − − − −
3 %ige Lösung	+ ++	− − − − − −	− − − − − −
5 %ige Lösung	− − − 3 Kol.	− − − − − −	− − − − − −
10 %ige Lösung	− − − − − −	− − − − − −	− − − − − −
Kontrolle	++	++	++

Daraus ergibt sich, daß die 1 %ige Lösung mit Sicherheit die Gonokokken nach einer Einwirkungszeit von 30 Minuten abzutöten vermag, die 3 %ige nach einer solchen von 15 Minuten. Wenn Smilovici glaubt, die Desinfektionskraft einer Ammoniumpersulfatlösung 1:200 und 1:1000 untersuchen zu müssen, so erkennt man keinen Grund fur die Vornahme dieser Untersuchungen. Kein Mensch wird erwarten, daß ein Oxydationsmittel in einer Verdünnung von 1:1000 nennenswert desinfizierend wirken wird. Unser Wasserstoffsuperoxyd verwenden wir 33 %, das ist eine ca. 300 mal stärkere Konzentration.

Wenn ich den Wert der Silbersalzlösungen und des Ammoniumpersulfats einer kritischen, objektiven Betrachtung unterziehe, so kann

[1]) Bezogen aus dem bakt. Institut von Dr. Piorkowski-Berlin.

Digitized by Google

ich nur wiederholen, was ich in meiner früheren Arbeit schon hervor hob. „Lediglich in der Schnelligkeit der Abtötung übertreffen die Silberpräparate das Ammoniumpersulfat, was ja erklärlich ist, da bei letzterem die Desinfektionskraft auf Oxydation beruht und dazu eben etwas Zeit erforderlich ist."

Die Vernichtung der Gonokokken erreichen wir mit beiden Präparaten. Bei den Silbersalzen augenblicklich, bei dem Ammoniumpersulfat erst nach einiger Zeit. Diese momentane Abtötung der Gonokokken durch einige Silberpräparate unterscheidet diese in desinfektorischer Hinsicht von dem Ammoniumpersulfat. Aber nur einige leisten dies. Nach einer Arbeit Schäffers und Steinschneiders aus der Neisserschen Klinik[1]) sind „ziemlich reichlich" Gonokokken gewachsen, wenn eine $^1/_4$ % ige Protogallösung fünf Minuten lang einwirkte, einige Kolonien notiert bei einer Einwirkungszeit von zehn Minuten. Die $^1/_4$ % ige Protogallösung leistet also nicht erheblich mehr wie eine 3 % ige Ammoniumpersulfatlösung, unter Voraussetzung der Richtigkeit der Befunde obengenannter Autoren, woran nicht zu zweifeln ist. Aber für die Verhältnisse bei der Harnröhre glaube ich, ist dieser Unterschied nicht von so großer Bedeutung, ob die Abtötung der Gonokokken sofort erfolgt oder erst nach einiger Zeit, da die Desinfektionsflüssigkeit immerhin einige Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleibt nach einer Spülung.

Die Einwirkung des Ammoniumpersulfats auf den Staphylococcus pyogenes aureus führte zu folgenden Resultaten. Hier wurden ungünstige Verhältnisse gewählt und je zwei Tropfen einer üppigen in einem Nähragarröhrchen gewachsenen Staphylokokkenkultur, die mit 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt war, zu 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht, die gut geschüttelt sofort in den Thermostaten kam.

	1 Min.	3 Min.	5 Min.	15 Min.	30 Min.
1 % ige Lösung	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	− − −
3 % ige „	+ + +	+ + +	+ +	− − −	− − −
5 % ige „	+ + +	+ +	+ +	− − −	− − −
10 % ige „	+ +	+ +	− − −	− − −	− − −
Kontrolle	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +	+ + +

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß mit steigernder Konzentration des Ammoniumpersulfats die Zeit der Einwirkungsdauer kürzer zu sein braucht zur Abtötung der Bakterien als bei einer entsprechend schwächer konzentrierten Lösung, wie wir dies ebenso aus der Tabelle des Gono-

[1]) Zit. nach Koch im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle-Wassermann.

Digitized by Google

kokkenversuches ersehen können. Auch die 10%ige Ammoniumpersulfatlösung vermag ebenfalls nicht sofort zu desinfizieren. Hier ist auch eine gewisse Zeit zur Oxydation erforderlich. Ich möchte nicht versäumen, nochmals darauf hinzuweisen, daß das Resultat bezüglich der Desinfektion etwas besser würde, wenn man statt 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit 30 ccm genommen hätte, was der Anwendung von nur einem Drittel der Keimzahl entsprechen würde. Würden bei der Prüfung statt zwei Tropfen dieser Aufschwemmung nur ein Tropfen auf 30 ccm gebracht, so würde sich die Desinfektionskraft noch weiter erhöhen. Umgekehrt muß ein anderer Beobachter, der beispielsweise zwei Staphylokokkenagarröhrchen abgeschwemmt hat durch die große Anzahl der verwendeten Bakterien etwas ungünstigere Resultate erhalten. Aber so enorme Bakterienmengen kommen praktisch nicht in Betracht, deshalb verschwinden auch bakterielle Infektionen der Harnwege nach Ammoniumpersulfatspülungen sehr rasch; mitunter konnte ich schon am nächsten Tage auch mit der Unna-Pappenheimschen Färbung[1]) keine Mikroorganismen mehr nachweisen.

Eins kann ich bei der Beschreibung der Desinfektionsvorgänge nicht übergehen. Die Halogene sind unsere stärksten Desinfektionsmittel, wie dies beispielsweise für eine wäßrige Chlorlösung zutrifft und auch aus den Versuchen von Krönig und Paul[2]) ersichtlich ist. Verwendet man eine beliebig hergestellte, hochgradig verdünnte wäßrige Chlorlösung, die noch gut desinfiziert, und bringt hierzu die obige Bakterienaufschwemmung statt in physiologischer Kochsalzlösung in einer Aszites-NaCl-Lösung abgeschwemmt, so kann der Fall eintreten, daß das ganze Chlor durch die organischen Bestandteile der Aszitesflüssigkeit gebunden wird und ein Bakterienwachstum erfolgen kann. Ist denn deshalb das Chlor kein Desinfektionsmittel, weil jetzt Bakterienwachstum eintritt? Hierzu ist zu erwähnen, daß die Verhältnisse bei dem Jod anders liegen. Hier findet Bakterienvernichtung und Wachstumshemmung statt, weil die chemischen Vorgänge hier anders liegen. Für das Sublimat ergeben sich ähnliche Verhältnisse bei Anwesenheit von organischen Stoffen, speziell von Eiweiß. Die äußeren Umstände bei Anstellung von Desinfektionsversuchen sind also höchst wichtig. Dies ist schon lange bekannt und trifft für das Jod und Sublimat ebenso zu wie für das Ammoniumpersulfat.

Wenn Smilovici sein Urteil auf Grund dieser Desinfektionsversuche dahin zusammenfaßt, daß er kategorisch erklärt, „das Ammoniumpersulfat ist als Antigonorrhoikum nicht brauchbar," so bin ich anderer Ansicht, beipflichten würde ich ihm, wenn er gesagt hätte, das Ammonium-

[1]) Die bekanntlich nicht nur Gonokokken färbt. — [2]) Zschr. f. Hyg., 1897, Bd. 25.

Digitized by Google

persulfatlösung ist in der von mir empfohlenen Konzentration für die Gonorrhoebehandlung nicht in jedem Fall genügend wirksam und damit kommen wir zu dem klinischen Teil.

Auch hier verfuhr ich etwas anders wie SMILOVICI, indem ich den Patienten nach der Spülung nochmals die Blase mit 100—200 ccm Ammoniumpersulfatlösung füllte und sie anwies, diese Lösung möglichst lange zu halten. Auf diese Weise konnten sich die Patienten eine zweite Spülung ersetzen, da das Ammoniumpersulfat auch nach mehreren Stunden noch wirksam ist, wie man nachweisen kann[1]). Diese Verhältnisse hatte ich ebenfalls in meiner Arbeit erwähnt. SMILOVICI ist mit der Behandlung der Gonorrhoe mit 1% iger Lösung unzufrieden. Ob er versucht hat, einige Fälle abortiv zu heilen, geht aus seiner Arbeit nicht hervor. Wie erwähnt, habe ich in diesen Fällen zweimal täglich reichlich mit Ammoniumpersulfat gespült, dazu dem Patienten je eine Blasenfüllung mit auf den Weg gegeben, wodurch die Harnröhre täglich viermal intensiv mit 1% iger Lösung gespült wurde und diese in der Zwischenzeit ebenfalls auf die Gonokokken einzuwirken imstande war. Spülte ich nicht so reichlich, so beobachtete ich im Laufe der Zeit ebenfalls Fälle, bei denen ich nicht immer befriedigt war, besonders, wenn ich wie SMILOVICI verfuhr und nur eine JANETsche Spülung vornahm und die Patienten nur eine Spritze Ammoniumpersulfat injizieren ließ. Hier stimmen also unsere Erfahrungen überein. Wenn ich dennoch in meinen Fällen mit der 1% igen Lösung Abortivheilungen erzielte, so erkläre ich mir dies auf folgende Art. Die reichlichen Spülungen haben die Desinfektionskraft der 1% igen Ammoniumpersulfatlösung, die die Gonokokken erst nach 30 Minuten abzutöten vermag, wirksam unterstützt, und hierdurch erklären sich die Abortivheilungen. Dem mechanischen Moment kommt in der Tat eine hohe Bedeutung zu. Dies geht auch aus meiner aus der JOSEPHschen Klinik veröffentlichten Gonorrhoestatistik hervor[2]), wo verschiedentlich Abortivheilungen erzielt wurden mit Silberpräparaten, die sich mangelnder Desinfektionskraft wegen später nicht in die Therapie einführen konnten. Da ich ebenfalls die 1% ige Ammoniumpersulfatlösung für alle Gonorrhoefälle[3]) nicht genügend wirksam fand, wenn die

[1]) So kann man beispielsweise in gleichen Teilen Urin und 2% ige Ammoniumpersulfatlösung noch nach 20 Tagen intaktes Ammoniumpersulfat mit Benzidin nachweisen. — [2]) Derm. Zbl., 1915. — [3]) Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine ähnliche Erfahrung hinweisen. Ehe ich das Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum in das Bereich meiner Betrachtungen zog, behandelte ich mehrere Gonorrhoefälle mit naszierendem Schwefel. Ich verfuhr dabei so, daß ich gleiche Teile einer 2,5‰ igen Natriumthiosulfatlösung und 1/8% iger Sulfosalizylsäurelösung eben vor der Spülung mischte und sofort injizierte. Auch hier gelang mir in zwei Fällen eine Abortivheilung, in mehreren Fällen erwies sich die Therapie als unwirksam. Daß es verschieden widerstandsfähige Gonokokkenstämme

Digitized by Google

Gonokokken auch oft tagelang verschwunden waren, was auch Smilovici bestätigt, so ging ich bereits kurz nach meiner ersten Publikation, ehe ich die bakteriologischen Versuche mit Gonokokken angestellt hatte, zur 2%igen und später zur 3%igen Lösung über.

Ich halte deswegen ein Medikament noch lange nicht für unbrauchbar, wenn es in 1%iger Lösung nicht in jedem Fall genügt. Was würde das Wasserstoffsuperoxyd in 1%iger Lösung leisten, bloß in bezug auf seine Gasentwicklung, geschweige erst in desinfektorischer Hinsicht? Trotz seiner nicht nennenswerten Wirkung in 1%iger Lösung möchten wir es in der Wundbehandlung nicht mehr missen. Da wir in dem Ammoniumpersulfat ebenfalls ein indifferentes Präparat vor uns haben, so habe ich des öfteren auch mit 5%igen, in einigen Fällen sogar mit 10%igen Lösungen gespült, mit letzteren allerdings nicht in ganz frischen Fällen[1]). Die 10%ige Lösung verursachte stets Brennen; welche Erscheinung aber nicht auf das Ammoniumpersulfat an sich, sondern auf die hoch konzentrierte Salzlösung zurückzuführen ist, ebenso wie bereits Urin auf entzündenden Schleimhäuten durch seinen hohen Salzgehalt Brennen verursacht. Die 5%ige Lösung wurde meist vertragen, hie und da über etwas Brennen geklagt. Die 3%ige Lösung machte keine Beschwerden, wurde sowohl bei Spülungen als auch bei Injektionen gut vertragen. Ich spüle daher seit längerer Zeit nur mit der 3%igen Lösung und die Patienten injizieren zu Hause dreimal täglich dieselbe Lösung. Nach einiger Zeit lasse ich die 5%ige Lösung injizieren. Dabei weise ich den Patienten an, nach dem Urinieren erst eine Spritze zur Reinigung der Harnröhre zu injizieren und erst dann die Flüssigkeit zu halten, ähnlich wie dies Max Joseph[2]) auch für die Injektionen der Silberpräparate empfiehlt. Dadurch wird noch eine Menge organischer Substanzen beseitigt und das Ammoniumpersulfat dadurch wirksamer. Es genügt völlig, die Flüssigkeit acht Minuten lang halten zu lassen, da alsdann die Abtötung der Gonokokken bedeutend rascher erfolgt durch die geringe Anzahl der Keime und die relativ große Menge Ammoniumpersulfat. Diese Therapie hat sich auch bei Berücksichtigung der bakteriologischen Befunde als genügend erwiesen. Verfährt man wie beschrieben, so konstatiert man, daß bei Anwendung der 3%igen Lösung auch in

---

gibt, geht auch aus dieser Beobachtung hervor. Bei dem bakteriologischen Versuch erwies sich auch hier die Wirkung des Schwefels erheblich stärker bei höherer Temperatur, bei der alle chemischen Reaktionen bekanntlich rascher ablaufen. — [1]) Wäre eine 10%ige Lösung zur Gonorrhoebehandlung nötig, so würde ein Hauptvorzug des Ammoniumpersulfats schwinden, da so hochgradig konzentrierte Lösungen durch ihre Fähigkeit, Farbstoffe zu bleichen, ebenfalls Flecken machen. — [2]) Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

akuten Fällen die Gonokokken bald verschwinden, in subakuten Fällen bei Injektionen mit 5 %iger Lösung oft schon nach 1—2 Tagen unter der üblichen Verminderung der Sekretion und deren Farbe, die durch die bleichende Wirkung des Ammoniumpersulfats bedingt wird.

Auch bei der Behandlung mit Silberpräparaten sind die Gonokokken oft noch längere Zeit im Sekret vorhanden. So berichtet Pfuhl[1]), daß in frischen Fällen die Gonokokken in 12—17 Tagen verschwanden bei Anwendung einer 1 ‰igen Albarginlösung, welches Präparat ich für das zurzeit beste Silberpräparat halte, da es in relativ dünnen Lösungen kraft seines hohen Silbergehaltes stark desinfizierend wirkt und hierbei sowohl das Hegonon als auch das Protargol erheblich übertrifft. Sie stehen mit dem halben Silbergehalt an Desinfektionskraft dem Albargin bei Anwendung gleichstark verdünnter Lösungen natürlich nach und sind dadurch nicht unerheblich teurer als jene, wenn diese in höherer Konzentration auch dasselbe zu leisten vermögen. Pick[2]) sah ebenfalls bei Behandlung mit 1 ‰iger Albarginlösung die Gonokokken mitunter erst nach 14 Tagen verschwinden.

Auf die Vorzüge des Ammoniumpersulfats kam ich bereits in meiner ersten Arbeit zu sprechen. Für seine Reizlosigkeit sprechen mir wieder folgende zwei Fälle. Ein Patient wurde mit 3 %iger Ammoniumpersulfatlösung behandelt und war tagelang ohne Gonokokken. Eine einzige Albarginspülung 1 : 1000 rief bei ihm nicht nur eine akute Reizung mit heftiger Sekretion und massenhaften Gonokokken hervor, sondern er bekam nach zwei Tagen auch eine Posterior. Gerade das Auftreten zwei Tage nach der Albarginspülung und der durch sie verursachte Reizzustand sprechen mir für den Zusammenhang der Albarginspülung mit dem Auftreten der Posterior. Glücklicherweise sind solche Fälle bei Silberbehandlung selten, aber sie zeigen immer wieder, daß wir noch nicht das ideale Präparat besitzen. Trotz dieser Reizzustände vertrug der Patient aber die 3 %ige Ammoniumpersulfatlösung gut und die Gonokokken verschwanden rasch danach. In einem anderen Fall wurden überhaupt keine Silberpräparate vertragen, die von anderer Seite verordnet waren, ohne Reizung zur Folge zu haben. Auch hier vertrug der Patient die 3 %ige Ammoniumpersulfatlösung glatt.

Ich habe des öfteren folgendes Experiment gemacht. Spülte ich die Patienten längere Zeit mit 3 %iger Ammoniumpersulfatlösung und an einem anderen Tage mit Albargin 1 : 1000, so meinten die Patienten fast ausnahmslos, heute ist wohl die Lösung „schärfer". Das subjektive Moment von seiten der Patienten muß ausscheiden, da sie weder wußten,

[1]) Hyg. Rundschau, Febr. 1902, Nr. 3. — [2]) Ther. d. Gegenw., 1903, Nr. 2.

Digitized by Google

daß eine andere Spülflüssigkeit verwendet wurde, noch dieses sehen konnten. Auch meinerseits halte ich diese Ansicht für völlig objektiv. So klagten mir einmal plötzlich sämtliche Patienten an einem Tage über starkes Brennen und meinten wieder, die Lösung müsse „schärfer" sein. Ich versicherte sie aber, daß dies nicht der Fall sei. Als ich jedoch an demselben Nachmittag einen Patienten post coitum prophylaktisch spülte und auch hier über starkes Brennen und Harndrang geklagt wurde, so wunderte ich mich, weil ich das bis dahin von dem Ammoniumpersulfat noch nicht gesehen hatte. Eine Untersuchung der Injektionsflüssigkeit ergab, daß sie aus Albargin 1 : 1000 bestand und die Flüssigkeit von seiten der Bedienung in dem für das Ammoniumpersulfat bestimmten Topf versehentlich angesetzt worden war.

Ein weiterer Vorzug des Ammoniumpersulfats beruht in der oxydativen Zerstörung der Toxine, die ich tierexperimentell für das Diphtherie- und Tetanotoxin nachweisen konnte[1]). Alle bis jetzt untersuchten Toxine lassen sich durch Oxydationsmittel entgiften. Bis jetzt stand stets die Vernichtung der Infektionserreger bei der Gonorrhoe im Vordergrunde der Therapie.

Ich halte aber für ebenso wichtig die Vernichtung des Gonotoxins, dessen Gegenwart und Toxizität einwandfrei von Wassermann nachgewiesen wurde und von Nikolaysen und Christmas bestätigt wurde. Das Gonotoxin verursacht in erster Linie die eitrige Sekretion bei der Gonorrhoe, wie dies Kraus und Grosz, Schäffer, Scholtz und de Christmas experimentell beweisen konnten[2]). Nach Injektionen des Giftstoffes in die Urethra trat nach 6—12 Stunden eine eitrige Sekretion auf, die nach 24—48 Stunden verschwand. Wenn wir weiter sehen, welche Schädigungen gerade das Gonotoxin bei der chronischen Gonorrhoe verursacht, so müssen wir auf eine Vernichtung der toxischen Produkte ebenfalls hinstreben, erklärt doch Wassermann das auffällige numerische Mißverhältnis von Gonokokken bei der chronischen Gonorrhoe zu der Ausdehnung und Intensität des pathologischen Prozesses durch die Eigenschaft des Gonotoxins. „Denn die abgestorbenen und zerfallenen Gonokokkenleiber sind pathogen, entzündungserregend und gerade diese Zerfallsprodukte stellen das spezifische Gonotoxin dar[3])."

Die Silberpräparate haben auf die Entgiftung der Toxine keinen Einfluß. So konnte ich das Tetanotoxin weder durch Albargin, noch durch kolloidales Silber, aus Albargin und Salvarsan hergestellt, noch durch Salvarsan allein entgiften. Reduktionsmittel scheinen auf die Ent-

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 10. — [2]) Zit. nach Koch, Handbuch der pathog. Mikroorganismen von Kolle-Wassermann. — [3]) Zit. nach Joseph, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

giftung der Toxine überhaupt keinen Einfluß zu haben. Wenigstens gelang es mir nicht, mit dem Salvarsan, doch wohl unserem stärksten Reduktionsmittel, noch mit der in der Photographie unter dem Namen Eikonogen bekannten ungiftigen Amidonaphtholmonosulfosäure Tetanotoxin zu entgiften[1]). Von den Silberpräparaten ist lediglich dem Argentum nitricum ein gewisser Einfluß auf die Toxine zuzusprechen, da bei seiner Umsetzung im Gewebe freie Salpetersäure auftritt, wie UNNA[2]) nachgewiesen hat und deren oxydierende Eigenschaften bekannt sind. Durch den Säurecharakter dieser entgiftenden Komponente treten aber uns unerwünschte Nebenwirkungen ein.

Das beste Antigonorrhoicum wird daher dasjenige sein, das neben großer desinfizierender Kraft oxydierende Eigenschaften besitzt. Beim Silbernitrat ist die erste Forderung hinreichend erfüllt, bei dem Ammoniumpersulfat umgekehrt steht die zweite im Vordergrund. Wir können aber ohne weiteres mit dem Ammoniumpersulfat beiden Forderungen gerecht werden, wenn wir der 1%igen Lösung auf das Liter 10 ccm einer 1%igen Jodkaliumlösung = 0,1 g zusetzen. Hierdurch spaltet sich langsam naszierendes Jod ab, wodurch die Desinfektionskraft der Flüssigkeit erheblich erhöht wird, wie Versuche in meiner ersten Arbeit zeigen. Die etwas freies Jod enthaltende Injektionsflüssigkeit erscheint nach dem Entleeren wieder jodfrei, da dieses in der Harnröhre gebunden wird. Das Ammoniumpersulfat ist aber nachgewiesenermaßen in der Lage, aus diesen Jodverbindungen wieder Jod in Freiheit zu setzen, wobei die chemischen Prozesse so verlaufen, daß intermediär freies Jod auftritt, das sich bei Gegenwart von oxydierenden Substanzen und Gegenwart von $CH_3CO.C\ldots$, $CH_3.CH(OH)C\ldots$ Gruppen führenden Substanzen zu Jodoform umsetzt[3]). Auf den Beweis der Synthese von geringen Mengen Jodoform in der Blase bei interner Jodkaliumdarreichung und urethraler Ammoniumpersulfatapplikation, wie ich beobachten konnte, darf ich des Umfanges wegen erst in einer weiteren Arbeit zurückkommen. Durch diese Jodregeneration[4]) unterscheidet sich eine Jodkalium-Ammoniumpersulfatinjektion wesentlich etwa von einer Injektion mit einer verdünnten Jodjodkaliumlösung. Dazu wäre die große Tiefenwirkung des Jods

[1]) Hierbei ist zu beachten, daß freie Säuren zu entgiften vermögen. — [2]) Derm. Woch., 1915, Nr. 1. — [3]) Diese Beobachtung wurde zuerst von LIEBEN bei chemischen Untersuchungen gemacht. Auch die Wirkung des Jods bei der Lues erkläre ich mir durch Oxydation des Jodkaliums, wobei intermediär freies Jod auftritt, das sich alsdann in naszierendem Zustand sofort mit Substanzen, die oben genannte chemische Gruppen tragen und überall im Körper vorhanden sind, zu Spuren Jodoform umsetzt. Diese Synthese dürfte sich voraussichtlich hauptsächlich in den Zellkernen vollziehen, deren hohen Sauerstoffreichtum UNNA nachgewiesen hat. — [4]) Auf dieser Fähigkeit beruht die Jodprobe vermittels Ammoniumpersulfats. D. m. W., 1915, Nr. 7.

Digitized by Google

und die hohen entwicklungshemmenden und desinfizierenden Eigenschaften der Jodeiweißverbindungen zu berücksichtigen, die ich erst kürzlich experimentell nachweisen konnte[1]).

Da sich Jodkalium und Ammoniumpersulfat nur allmählich umsetzen, so mußte sich die bakteriologische Prüfung auf zwei Untersuchungen erstrecken. Einmal mußte der Einfluß der 1 %igen Ammoniumpersulfatlösung geprüft werden, der eben erst die betreffende Menge Jodkalium zugesetzt wurde, des weiteren die Desinfektionskraft der Lösung, die bereits längere Zeit stand. In dieser Lösung, die völlig klar und von leicht gelblicher Farbe ist, ist die Umsetzung bereits beendet. Eine Gonokokkenreinkultur, in einem Aszitesagarröhrchen gewachsen, wurde mit 10 ccm 37° warmer physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt. Davon wurden je 2 Tropfen = ca. 0,2 ccm Bakterienbelag der Desinfektionsflüssigkeit zugesetzt. Technisch wurde folgendermaßen verfahren. Im ersten Falle wurden 0,25 ccm 1 %ige KJ-Lösung mit 2 Tropfen Gonokokkensuspension geimpft, alsdann zu dieser Mischung 30 ccm 1 %ige Ammoniumpersulfatlösung gebracht. Im zweiten und dritten Fall wurde ebenso verfahren, aber statt 0,25 ccm 0,5 und 1,0 ccm 1 %ige KJ-Lösung verwendet. Die Mischung kam sofort in den Thermostaten und nach ½, 1 und 3 Minuten wurden Abstriche auf frische, körperwarm gehaltene Aszitesagarröhrchen gemacht, die nach dreitägiger Bebrütungszeit folgendes Resultat ergaben.

	½ Min.	1 Min.	3 Min.	5 Min.
30 ccm Ammoniumpersulfat 1 % + 0,25 ccm 1 % KJ = 0,05 g KJ auf das Liter . .	++	+	− − −	− − −
Wie oben aber + 0,5 ccm 1 % KJ . . .	++	++	− − −	− − −
Wie oben aber + 1,0 ccm 1 % KJ . . .	++	+	− − −	− − −
Kontrolle	+++	+++	+++	+++

Es war noch zu untersuchen, wann bei den verschiedenen, eben frisch hergestellten Verdünnungen von Ammoniumpersulfat und Jodkalium die Jodstärkereaktion auftrat. Es wurden jemals zu der Jodkaliumlösung 2 Tropfen Bakterienaufschwemmung gegeben, etwas Stärkekleister und dann das Ammoniumpersulfat.

	Jodreaktion positiv nach		
30 ccm Ammoniumpersulfat 1 % + 0,25 ccm KJ 1 %			40 Sek.
Wie oben + 0,5 ccm KJ 1 %		5 Sek.	
Wie oben + 1,0 ccm KJ 1 %	1 Sek.		

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 23.

Digitized by Google

Außerdem wurde die Desinfektionskraft der Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösungen bestimmt, die bereits seit 48 Stunden gemischt waren. Es wurden jemals zu 2 Tropfen Gonokokkenaufschwemmung 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht.

48 Stunden alte Mischungen	1/2 Min.	1 Min.	3 Min.	5 Min.
30 ccm einer Mischung aus 1 Liter 1%iger Ammoniumpersulfatlösung + 5 ccm 1%iger KJ-Lösung = 0,05 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —
Wie oben + 10 ccm KJ-Lösung = 0,1 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —
Wie oben + 20 ccm KJ-Lösung = 0,2 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —

Aus diesen bakteriologischen Versuchen geht hervor, daß eine eben aus Ammoniumpersulfat und Jodkalium hergestellte Mischung nach 3 Minuten die Gonokokken mit Sicherheit abtötet. Dabei ist es gleichgültig, ob man dem Liter 0,05 g Jodkalium zusetzt, was einer Jodkaliumkonzentration von 1 : 20000 entspricht oder ob man 0,1 g (1 : 10000) oder 0,2 (1 : 5000) zusetzt. Das entstehende Jod reicht in jedem Fall zur Desinfektion aus. Allerdings sind 3 Minuten erforderlich, bis die genügende Jodmenge frei gemacht ist. Lösungen, die 48 Stunden alt waren, mußten ja ohnehin sofort desinfizieren, wenn die frisch hergestellte Mischung dies ebenfalls schon nach 3 Minuten vollbringt, was der Fall ist.

Die Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösung vereinigt alsdann hohe bakterizide Kraft mit hohen toxinzerstörenden Eigenschaften und hoher Tiefenwirkung[1]).

Es wurde am Schluß noch die Desinfektionskraft der Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösung auf den Staphylococcus pyogenes aureus geprüft. Die Anführung der Tabelle kann ich mir wohl ersparen, da sich beidemal die Resultate mit denen bei dem Gonokokkus angegebenen völlig decken.

Der Versuch, die Zeit der Desinfektion des Ammoniumpersulfats abzukürzen durch katalytische Beschleunigung der Oxydationsprozesse vermittels einiger Tropfen 1%iger $CuSO_4$-Lösung war bakteriologisch ohne Erfolg.

Ob ein Abweichen von der bisherigen Therapie noch bessere Erfolge zeitigt, indem man zu Hause statt der 3 resp. 5%igen Ammoniumpersulfatlösung die sofort desinfizierende Lösung (Rp. Ammon. persulfat 2,0, Kal. jod. 0,02—0,04, Aquae 200,0) injizieren läßt, muß durch weitere

[1]) Auch das freie Jod wirkt toxinzerstörend durch seine Fähigkeit bei Gegenwart von Wasser zu oxydieren.

Digitized by Google

klinische Untersuchungen festgestellt werden. Zu Spülungen ist die Lösung ungeeignet, da sie Harndrängen verursacht, wovon ich mich selbst überzeugt habe.

Zusammenfassung.

Die 1 %ige Ammoniumpersulfatlösung erwies sich nicht immer als genügend wirksam. Die Resultate mit der 3 %igen Lösung sind sehr gute zu nennen. Die Gonokokken werden mit Sicherheit durch die Ammoniumpersulfatlösungen vernichtet, wie aus dem bakteriologischen Versuch ersichtlich ist. Die absolute Reizlosigkeit ist ein hoher Vorzug des Ammoniumpersulfats. Die Silberpräparate bewirken die Desinfektion zwar rascher, haben aber keine Gonotoxin zerstörenden Eigenschaften, auf dessen Vernichtung bisher zu wenig geachtet wurde, trotz der großen pathologischen Veränderungen, die es bewirkt. Eine Injektionsflüssigkeit aus Ammoniumpersulfat und Jodkalium hat hohe Vorzüge in chemischer und bakteriologischer Hinsicht, bedarf aber noch ausführlicher der klinischen Prüfung.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1915.

1. Akne urticata und andere Formen „neurotischer Exkoriationen, von H. G. Adamson. Die Arbeit versucht die Klassifizierung verschiedener Dermatosen, deren Hauptcharakteristikum in Exkoriationen und Erosionen besteht, die durch Kratzen hervorgebracht werden. Der Verfasssr faßt sie unter der Bezeichnung „neurotische Exkoriationen" zusammen. Dazu gehören einerseits die von Hysterischen absichtlich hervorgebrachten Läsionen, bestehend in großen ovalen Exkoriationen. Andererseits kleine Exkoriationen, die sich entweder bei neurotischen Individuen in Verbindung mit heftigem Jucken, oder bei jungen Mädchen mit bestehender oder vermuteter Gesichtsakne finden. Erstere Form entspricht Kaposis Akne urticata, letztere Brocqs „Acné excoriée des jeunes filles". Die Akne urticata erscheint im Gesicht, früher oder später aber überall am Körper. Die Exkoriationen sind von Papeln begleitet, deren pathogenetische Rolle noch strittig ist. Die einen betrachten sie als die primäre Läsion, als eine Form von chronischer Urtikaria, und die Erosionen als Effekt von Nekrose; die anderen dagegen sehen in den Kpötchen und Erosionen nur den Effekt des Kratzens.

Bei der Brocqschen Acné excoriée sitzen die kleinen Erosionen meist nur im Gesicht; sie haben ihre ursprüngliche Entstehung in dem Bestreben, häßliche „Blüten" zu beseitigen. Später wird das Kratzen und Quetschen zu einer schlechten Gewohnheit.

Die Therapie dieser Erkrankungen besteht hauptsächlich in der Verhinderung des Kratzens: Schutz der insultierten Stellen, Anwendung von Antipruriginosis, Ablenkung der Aufmerksamkeit der Kranken usw.

2. Beobachtungen über Molluscum contagiosum, von J. M. H. Macleod. Verf. berichtet, daß er im vergangenen Jahre etwa 4 %o von Molluscum contagiosum sah,

Digitized by Google

während dessen Häufigkeit früher nur etwa 2‰ betrug. Unter diesen Fällen war ein Mann, der wegen einer beim Gehen schmerzhaften Affektion der Oberschenkel in Behandlung kam. Die Haut war rot, nässend, stellenweise grau, mazeriert; die Affektion sah wie eine oberflächliche septische Dermatitis aus. Erst bei näherem Zusehen bemerkte man, daß sie aus der Zusammenhäufung von Mollusken bestand, die an der Oberfläche schlapp, mit mazeriertem Epithel bedeckt waren, aber die charakteristische Depression zeigten und Molluskumkörperchen entleerten. Am Skrotum fanden sich einige seit mehreren Jahren bestehende, teilweise gestielte Effloreszenzen; vielleicht ist von einem dieser die Aussaat auf die Beine erfolgt.

Februar 1915.

1. Erfrierung, von E. G. Fearnsides. Die zahlreichen im Kriege vorkommenden Fälle von Erfrierungen veranlassen den Verfasser, dieses Thema in einer zusammenfassenden Arbeit zu behandeln. Diese eignet sich nicht zu kurzem Referate, und es müssen die Einzelheiten im Original nachgelesen werden. Verfasser bespricht zunächst die Wirkung der Kälte auf die Gewebe und die Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen; das sind Kältegrad, Dauer der Einwirkung, Zuführung von Wärme durch die Umgebung, Wind, Feuchtigkeit, Allgemeinzustand des Erkrankten. Dann folgen die Allgemeinfolgen durch Kältewirkung und die lokalen Effekte der Störung der Blutzirkulation. Objektiv wurden beobachtet: Kongestionen, Frostbeulen, Ödem, Blasen, Hämorrhagien, Pigmentierung, Desquamation, Gangrän, ferner Steifigkeit der Sehnen. Gelenke, Sehnenscheiden, Nervenstämme, Reflexe waren außer in Fällen von ausgedehnter Gangrän nicht alteriert. Bei der Besprechung der subjektiven Phänomene weist Verfasser darauf hin, daß manchmal schwere und objektive Veränderungen nur geringe subjektive Erscheinungen auslösten, während in anderen Fällen nur geringe objektive Symptome mit vielen subjektiven Beschwerden: Hyperästhesie, Hypästhesie, Anästhesie, Neurosen, verbunden waren. Kurz wird dann Prognose, Behandlung und Prophylaxe besprochen.

2. Lymphadenom mit Hautläsionen, von W. Knowsley Sibley. Der 16 jährige Kranke kam wegen Fieber, allgemeiner Schwäche, Heiserkeit und Husten zur Behandlung. Die oberflächlichen Lymphdrüsen, besonders die Leisten-, Achsel- und Halsdrüsen, waren geschwollen. Fast auf dem ganzen Körper bestand ein Exanthem aus runden oder ovalen, erhabenen, derben, tumorähnlichen Knötchen. Ihre Farbe war rosa bis rot, teilweise durchscheinend, gelbrötlich, wachsartig. Das Exanthem verschonte die Sternal- und Interskapulargegend, den behaarten Kopf und die Wangen. Am reichlichsten stand es im Nacken, wo die Haut verdickt, infiltriert, in Falten gelegt war. Die Arme und Handrücken waren dicht mit Papeln besät, die Haut infiltriert. Skrotum und Penis waren ebenfalls stark befallen. Auf dem Vorderkopfe, den Augenlidern, Ohren, Nase, Mundwinkeln und Kinn zahlreiche, etwas blassere Knötchen. Handteller und Fußsohlen waren verdickt.

In der folgenden Zeit vermehrte sich das Exanthem und ergriff auch die bisher verschonten Stellen. Die tumorartigen Gebilde im Nacken waren zu Apfelsinengröße herangewachsen. Die Haut des ganzen Körpers mehr verdickt. Leber und Milz waren palpabel, die Blutuntersuchung, die vorher normale Verhältnisse ergeben hatte, zeigte nunmehr starke Eosinophilie. Im Harn eine Spur Eiweiß; ausgesprochene Anämie.

Der Kranke wurde in der Royal Society vorgestellt, und es wurden in deren Auftrag verschiedene Untersuchungen vorgenommen. Whitfield stützte sich auf die histologische Untersuchung einer Lymphdrüse bei der Annahme, daß ein Lymphadenom vorliege. Mc Donagh kam auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der Haut und der Drüse zu der Ansicht, daß Hautleukämie vorliege. Die von Topley vorgenommene

Digitized by Google

Blutuntersuchung ergab starke Eosinophilie, keinen Anhaltspunkt für Leukämie. Die Versammlung einigte sich schließlich auf die Diagnose Lymphadenom.

Der Kranke wurde mit Röntgenstrahlen und mit Arsen innerlich behandelt. Die Affektion wurde beträchtlich gebessert; die Knötchen wurden flacher, die Tumoren im Nacken schwanden, und die geschwollenen Lymphdrüsen wurden kleiner.

März 1915.

1. Morphaea guttata, von J. L. Bunch. Das 11jährige Mädchen hatte an den Schultern, am Rücken, auf der Brust und am Darmbein zwölf typische Flecke von Morphoea guttata, die innerhalb von zwei Monaten aufgetreten waren. In der Folgezeit erschienen noch einige Flecke. Diese sind induriert, porzellanweiß, teilweise etwas unter das Hautniveau gesunken; die frischen haben einen rötlichen oder blaurötlichen Hof. Die Herde liegen unsymmetrisch verstreut, konfluieren nicht, selbst wenn sie dicht beieinander stehen; sie sind von verschiedener Größe. Das Neuauftreten eines Herdes ist von leichtem Jucken begleitet, das sofort aufhört, wenn jener deutlich in Erscheinung getreten ist; infolgedessen kann das Kind das Erscheinen eines neuen Fleckes vorhersagen. Keiner der Herde zeigt regressive Erscheinungen.

Verfasser bespricht dann die verschiedenen publizierten Fälle und deren histologische Befunde. Diese differieren gewaltig untereinander, was wohl auf die verschiedenen zur Untersuchung gelangten Stadien zurückzuführen ist. Die meist gefundenen Veränderungen sind im Epithel zu sehen, die Hornschicht verdickt, das Rete verdünnt, die Papillen dadurch teilweise oder ganz geschwunden. Im Korium ist das Bindegewebe hypertrophisch oder degeneriert, die Gefäße verengt oder erweitert, die elastischen Fasern vermindert oder normal. Die histologischen Befunde genügen nicht zur Stellung der Diagnose. Mit dem Namen „Weißfleckenkrankheit" wird nach Verfassers Ansicht viel Mißbrauch getrieben; er ist nur für Morphoea guttata zu reservieren.

2. Trichotillomanie mit anderen artifiziellen Läsionen, von George Pernet.

1. Eine 20jährige Frau mit Haarverlust: die Haare waren abgebrochen, unregelmäßig wachsend. Am Unterkiefer waren wiederholt nekrotische Knochenstücke extrahiert worden, für die sich keine Ursache fand. Beide Affektionen wurden als artefiziell erkannt. Heilung durch Suggestion und Valeriana.

2. Eine 22jährige Frau hat seit zwei Jahren ab und zu im Gesicht und auf der Brust viereckige, streifige, längliche Läsionen, offenbar durch eine Flüssigkeit hervorgebracht. Das Haar geht seit einem Jahre fleckweise aus; auch hier wurde der Haarverlust als mechanisch erkannt. Die Patientin hat Anästhesie im Pharynx, am rechten Zungenrand, aber keine Schmerzpunkte. Sie soll einmal einen Anfall gehabt haben, der wahrscheinlich hysterischer Natur war. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die auf Hauteiterungen folgenden renalen und perirenalen Eiterungen, von P. N. Martelli-Grosseto. (Gazz. internaz. di M. e Chir., 1914, Nr. 34—35.) Die Eiterungen der Niere und der Nierenumgebung infolge von Eiterungen der Haut kommen häufiger vor, als man gewöhnlich glaubt. Verfasser beschreibt zwölf Fälle.

K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Zylinder und Zylindroide, von C. Posner. (B. kl. W., 1913, Nr. 44.) Zwischen den echten, hyalinen Zylindern und den zuerst von Thomas beschriebenen Zylindroiden bestehen nur quantitative Unterschiede, auch letztere sind eiweißartiger Natur und bei der Diagnose einer Nephritis wohl zu berücksichtigen; sie lassen sich ihrerseits aus den fädigen Massen der Nubekula herleiten. Zum Studium dieser Gebilde, namentlich der Übergangsformen, ist die Dunkelfeldbeleuchtung in erster Linie zu empfehlen. Außer den albuminösen Zylindroiden kommen auch mukoidhaltige Formen vor, die aus den Drüsen der Harnwege und ihrer Anhangsorgane stammen. G. Heymann-Elbing.

Über die Bildung der Harnzylinder, von R. Noiva Santos. (Rev. Ibero-Am. ciencias méd., April 1914.) Die Untersuchungen des Verfassers weisen darauf hin, daß die reinen Epithelzylinder die originären Gebilde sind, aus denen dann die granulösen und hyalinen Zylinder entstehen. Durch Anhäufung saurer Substanzen in den Nieren dürfte es zur Lockerung des Epithels der Tubuli, zu dessen Loslösung und zur Bildung der Epithelzylinder kommen. Das Vorwiegen der einen oder der anderen Zylinderart im Nephritikerharn hängt nicht nur von den physikalisch-chemischen Eigenschaften des Urins ab, sondern auch von der Zeitdauer, während der die Zylinder in den Harnwegen liegen. R. Frühwald-Leipzig.

Zur mikroskopischen Prüfung auf Harnzylinder, von Kühl. (Pharm. Zhalle., 1913, Nr. 48.) Angabe der Untersuchungsmethoden und Beschreibung der verschieden aussehenden Harnzylinder. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die volumetrische quantitative Harnstoffbestimmung, von Jolles-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 41.) Er empfiehlt die volumetrische N-Bestimmung in Harnstofflösungen derart durchzuführen, daß man von 2—3% Harnstofflösungen 2,5 ccm, bei verdünnteren Lösungen 5 ccm verwendet, diese mit 5 ccm einer 20%igen Ferrizyankaliumlösung versetzt und die Zersetzung mit 20 ccm einer Bromlauge durchführt, die pro Liter 400 g NaOH und 100 g Brom enthält. Diese Methode kann mit Vorteil bei exakten Stoffwechseluntersuchungen angewendet werden.

B. Junghanns-Dresden.

Eine einfache, für die Praxis geeignete Methode zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffs im Urin, von Hahn und Saphra-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Die hier mitgeteilten, zum kurzen Referat ungeeigneten Untersuchungen zeigen, daß das von dem Verfasser ausgearbeitete Verfahren gestattet, mit den geringsten und einfachsten Mitteln in zuverlässiger und schneller Weise eine quantitative Harnstoffbestimmung herzustellen. Die Harnstoffbestimmung erfolgt mittels eines Ferments und geschieht nach einem zuerst von E. K. Marschall jr. angegebenen und von den Verfassern abgeänderten Prinzip, wobei als Ferment eine von Takeuchi in der Sojabohne entdeckte Urease benutzt wird. Haller-Dresden.

Über den Nachweis von Jod im Urin, von R. Ehrmann. (B. kl. W., 1913, Nr. 30.) Im Reagenzglas werden zu etwa 2 ccm Urin etwa 0.5—1,0 ccm Salzsäure und dann etwa 0,5 ccm von käuflichem (3%) Wasserstoffsuperoxyd oder, wenn dieses nicht vorhanden, etwa 0,5 ccm gebräuchliche Eisenchloridlösung zugegossen. Alsdann wird das frei gewordene Jod durch Zufügung von 1 ccm Toluol oder 1 ccm Chloroform mittels Schüttelns aufgenommen. Im ersten Fall bildet sich über der Flüssigkeit eine rote Toluolschicht, im letzteren unter der Flüssigkeit eine etwas tiefer rote Chloroformschicht.

G. Heymann-Elbing.

Die Bedeutung und Wichtigkeit der Albuminurie bei Tuberkulösen, von D'Onghia-Neapel. (Beitr. z. Klin. d. Tbk., 1914, Bd. 29, H. 3.) Im Verlaufe der Lungentuberkulose findet man sehr häufig und fast beständig im Urin Eiweiß. Die Albuminurie zeigt bedeutende Erhöhungen während der Digestionsperioden, nach Strapazen,

Digitized by Google

während Fieberanfällen usw. Dann können auch miliäre Elemente im Sedimente vorkommen (Zylinder usw.). Die einfache Albuminurie ist als Symptom eines prämonitorischen Zustandes der Nierenentzündung zu betrachten. Die beschränkte Widerstandskraft der Tuberkulösen verhindert, daß sich bei diesen Kranken die klassischen urinären und kardivaskulären Syndrome der interstitiellen chronischen Nephritis vorfinden, weil bei der ersten Schwierigkeit der Zirkulation nach einem erfolglosen Versuch das Herz versagt und Hyposystolie schnell das Krankheitsbild beherrscht.

B. Junghanns-Dresden.

Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose, von N. v. Jagic-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Lordose ist nicht als ätiologischer Faktor, sondern als ein unter bestimmten Bedingungen zur Albuminurie führendes, dieselbe auslösendes Moment aufzufassen, so daß die künstliche Lordosierung als eine Art Funktionsprüfung der Nieren erscheint, da nicht nur in einer großen Zahl von Fällen von Lungentuberkulose orthostatische Albuminurie nachgewiesen worden ist, sondern auch bei anscheinend gesunden Patienten mit orthostatischer Albuminurie eine Tuberkulose bei der Sektion gefunden wurde. (Verfasser beschreibt einen solchen Fall, bei dem die genaue histologische Untersuchung ganz einzelne miliare Tuberkel in den Nieren feststellte.) Verfasser möchte die Tuberkulose für einen der eventuell in Frage kommenden ätiologischen Faktoren halten; er möchte sogar durch Kombination der künstlichen Lordose mit dem Ureterenkatheterismus einseitige lordotische Albuminurie für die Diagnose der einseitigen Nierentuberkulose verwerten. W. Lehmann-Stettin.

Die Ätiologie der orthotischen Albuminurie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Tuberkulose, von Friedrich Wendenburg-M.-Gladbach. (Arch. f. Kindhlk., 1913, Bd. 62, H. 1/2.) Unter Voraussetzung einer Wechselwirkung zwischen mechanischen und den sicheren vasomotorischen Einflüssen glaubt der Verfasser an eine reine Form der orthostatischen Albuminurie, bei der die Korrelation der Nierenlage des wachsenden Individuums eine Nierenrinden-Glomerulusschädigung veranlaßt. Chronischen Infektionseinflüssen ist eine solche Niere sicher zugänglicher und ist für die Entstehung chronischer Nephritis also disponiert. Ein infektiöses Moment, das sich dauernd und mit zugleich wechselnder Intensität bei den einzelnen ausprägt, ist die chronische Pharyngitis mit ihren skrofulösen Folgeerscheinungen und die chronische Tonsillitis. Was die Beziehungen zur Tuberkulose betrifft ist darauf hinzuweisen, daß bei einer chondroiturischen Nierenschädigung bakterielle Wirkung eine bedeutendere Rolle als die toxisch infektiöse. W. Chrzelitzer-Posen.

Beobachtungen über die Auslösung transitorischer Albuminurie beim Menschen, von A. Schiff. W. kl. W., 1914, Nr. 22.) Unter 230 Patienten fanden sich 31, bei welchen nach einer Magenausheberung der vorher völlig normale Urin einen Befund ergab, indem es in 10 Fällen zur Ausscheidung des Essigsäurekörpers und in 21 zu einer solchen von Albumen kam. Die Eiweißmenge betrug 1—2‰. Alle Individuen standen jenseits der Vierzigerjahre. Bemerkenswert ist das Experiment, daß die transitorische Albuminurie durch eine Lordosierung wesentlich gesteigert werden konnte. H. Vörner-Leipzig.

Einige Beobachtungen bei Hellers Albuminprobe, von Carl Cronquist-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, H. 1—4, Nr. 13.) Man beobachtet häufig bei der Untersuchung auf Eiweiß im Urin mit Hellers Probe etwas oberhalb der Kontaktfläche einen Ring, ohne daß an letzterer Stelle eine Reaktion sichtbar zu werden braucht. Das Vorkommen dieses „Nukleoalbuminringes" soll nach Mörner nicht zu einer Schlußfolgerung auf den Zustand der Nieren berechtigen. Verfasser hat bei Quecksilberinfektionen, die ja bekanntlich häufig einen Nierenreiz veranlassen, diesen Ring sehr

Digitized by Google

oft gesehen und glaubt doch an einen Zusammenhang zwischen dieser Erscheinung und der Behandlung und kommt zu dem Schlusse, daß diese obere Heller-Reaktion auch eine wirkliche Albuminreaktion, und zwar eine genauere als die Kontakterscheinung ist, da sie einen feineren Ausschlag gibt, und demnach auch gelindere Grade von Nierenreizung offenbart, die nicht in der Probe zu Gesicht kommen, so wie diese im allgemeinen beurteilt wird. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein handliches Eiweißreagens, von Teuscher-Münster i. W. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser empfiehlt die Mitführung der Sulfosalizylsäure im Felde und auch für den prakt. Arzt in Tablettenform zu 0,5. Da die Sulfosalizylsäure leicht wasserlöslich ist, wird durch Auflösen einer Tablette in 2,5 ccm Wasser eine 20%ige Sulfosalizylsäurelösung hergestellt, die dann dem Urin tropfenweise zugefügt wird.

Haller-Dresden.

Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung. Eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumin im Harn, von Otto Mayer-München. (Pharm. Zhalle., 1913, Nr. 47.) Muzinprobe: als Reagens eine Mischung von 100 ccm Essigsäure und 400 ccm Wasser. Man versetzt 5 ccm Harn mit 5 ccm Reagens; nur bei Gegenwart von muzinähnlicher Substanz entsteht eine Trübung. Eiweißprobe: Reagens: eine Lösung von je 4 g Sublimat und Kochsalz, 8 g Zitronensäure in 250 ccm Essig: Harn mit dem gleichen Raumteil Reagens. Eine Abänderung der Mengenverhältnisse, 5 g Sublimat, 5 g Zitronensäure und 40 g Kochsalz in 500 g Wasser eignet sich zur schnellen Bestimmung größter wie kleinster Eiweißmengen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Bakteriurie, von Arthur Biedl-Prag. (Prag. m. W., 1914, Nr. 48.) Verfasser gelangt in seinem dem III. Internationalen Urologenkongreß erstatteten Referat zu folgenden Schlußsätzen: die Bakteriurie entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch eine Einwanderung von Keimen aus der Urethra in die Blase, bei Frauen leichter als bei Männern; bei letzteren hauptsächlich instrumentell und sekundär aus Bakterienherden in den Anhangsorganen der männlichen Harnröhre. Eine andere, allerdings viel seltener vorkommende Genese der Bakteriurie ist die intestinale, die Einwanderung von Keimen aus der normalen oder pathologischen Darmflora auf dem kurzen Wege, vielleicht auch durch kommunizierende Lymphbahnen in die Blase. Störungen der Darmtätigkeit, sowie Harnstauung begünstigen diesen Entstehungsmodus. Am seltensten wird eine Bakturiurie durch Keime bedingt, welche aus zirkumskripten Bakterienherden in entfernten Organen in die Blutbahn einbrechen, oder von vornherein im Blut zirkulieren und dann durch die Niere zur Ausscheidung gebracht werden, wenn auch als feststehend angesehen werden kann, daß im Blute zirkulierende Mikroorganismen ohne nachweisbare Gewebsläsionen der Niere durch den Harn eliminiert werden können. Diese renale Form der Bakteriurie ist nur insofern von praktischer Bedeutung, als sie eine sekundäre Infektion der Harnwege ermöglicht. E. Klemm-Leipzig.

Besondere morphologische Gebilde bei einem polymorphen fadenförmigen Keim in einem Fall von renovesikaler Bakteriurie, von J. Scalone-Neapel. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Bei einem jungen Mädchen, das über nach dem Harnleiter und der Harnblase sich ausstrahlende Schmerzen in der linken Nierengegend klagte, fand man in dem stets stark trüben, oft bluthaltigen Harn neben zerfallenen Blutkörperchen reichliche Mengen eines besonderen fadenförmigen Keimes. Dieser war so reichlich vorhanden, daß er in einem gewöhnlichen Harntropfen, ohne Zentrifugation, nachweisbar war. Er ließ sich durch alle Anilinfarben tingieren, und war auch unter geringer Vergrößerung leicht zu sehen. Dieser Keim kann im Harn eine ausschließlich filamentöse Form annehmen; auf allen künstlichen Nährsubstraten und bei Versuchstieren nimmt er hingegen die Form von Kokken oder von ganz kurzen Stäbchen an.

Digitized by Google

Unter der filamentösen Form weist er besondere rundliche, eiförmige oder spindelförmige Gebilde auf, die wahrscheinlich mit einem besonderen Reproduktionszyklus zusammenhängen. K. Rühl-Turin.

Über die Kalkariurie der Kinder. (Morgagni, 25. Februar 1915.) Die Kalkariurie (früher Phosphaturie genannt) ist der Ausdruck einer Stoffwechselstörung und einer Anomalie der äußeren oder inneren Sekretion, die durch Alterationen des Nervensystems bedingt sind. Anführung zweier Fälle. R. Frühwald-Leipzig.

Über Chylurie, mit Zugrundelegung eines Falles, von Heinrich-Osterode. (Militärarzt, Mai 1914, 48. Jahrgang, Nr. 8.) Verfasser schildert ausführlich den Fall eines Chylurikers. Die Ätiologie ist nicht sichergestellt; während man bei der tropischen Chylurie die Infektion mit Filaria Bankrofti annimmt, ist über die europäische Chylurie nichts bekannt. Therapie machtlos. W. Chrzelitzer-Posen.

Chyluria non parasitaria, von Louis Courty. (Prov. méd., 1914, Nr. 20.) Der Aufsatz enthält nichts Neues, sondern bildet eine zusammenfassende Beschreibung der nichtparasitären Chylurie nach Ätiologie, Pathogenese, klinischen Erscheinungen und Verlauf an der Hand der in der Literatur zur Kenntnis gebrachten Fälle. Natürlich kommt er zu dem Schluß, daß wie die Albuminurie auch die Chylurie nur ein Symptom ist und daß ihre Prognose wie ihre Therapie von dem Charakter des Grundleidens abhängig ist. E. Klemm-Leipzig.

Über Zystinurie, von K. Fromherz. (B. kl. W., 1913, Nr. 35.) Das Zystin ist eine Aminosäure und Bestandteil der meisten Eiweißarten, deren schwefelhaltigen Komplex es darstellt. In seltenen Fällen wird Zystin im Harn ausgeschieden, kristallisiert daraus in sechseckigen Täfelchen und neigt zur Bildung von Konkrementen. Es wird im Harn nachgewiesen durch seine Kristallform, ferner durch Reaktionen, die darauf beruhen, daß sein Schwefel sich leicht als reduzierter Schwefel abspaltet und sich mit Metallen zu Sulfiden verbindet. Vom normalen Organismus wird das Zystin so gut wie quantitativ verbrannt, wenn es in Dosen gegeben wird, die die normalerweise zur Verbrennung gelangenden Quanten nicht zu sehr übersteigen. Ein Zystinuriker scheidet nach Niemann und nach Torl täglich etwa 1 g Zystin im Harn aus. Die Verminderung der Verbrennbarkeit des Zystins scheint beim Zystinuriker nur die vornehmlichste Teilerscheinung einer allgemeinen Verminderung der Abbaufähigkeit für die Aminosäuren zu sein. Die Stoffwechselstörung an sich wäre für den Organismus bedeutungslos. Schädigungen des Allgemeinzustandes sind nur durch die Steinbildungen infolge der Schwerlöslichkeit des Zystins bedingt. Die Folgezustände sind Blasensteinleiden, derentwegen die Patienten gewöhnlich erst zum Arzt kommen. Zystinurie tritt mit besonderer Vorliebe familiär auf. Die Therapie muß sich auf die Behandlung und möglichste Verhütung der Folgezustände beschränken. Eine Möglichkeit, die Stoffwechselstörung zu beeinflussen, ist nicht bekannt. G. Heymann-Elbing.

Über Zystinurie und Zystinsteine, von Ludwig Frankenthal-Berlin. (D. Zschr. f. Chir., Oktober 1914.) Die Zystinurie zählt zu den Stoffwechselanomalien, zu den Störungen der intermediären Eiweißabbaues. Über die Ursache ist man sich noch nicht klar. Die Diagnose ist oft leicht, namentlich, wenn sich das charakteristische, kristallinische Sediment mikroskopisch nachweisen läßt. Es sind sechseckige, farblose, glänzende, oft zu Gruppen vereinigte Tafeln, die sich in Ammoniak, sowie in Salzsäure leicht lösen, dagegen nicht in Essigsäure, Wasser, Alkohol und Äther. Das Wesen der Krankheit beruht anscheinend auf einer mangelhaften Verbrennung der schwefelhaltigen Bestandteile der Nahrung. Das wichtigste Symptom der Zystinurie ist die Steinbildung. Die Krankheit ist und wird oft bei mehreren Mitgliedern der Familie beobachtet. Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen. Auch die Behandlung der Zystinurie, abgesehen

Digitized by Google

von der Steinbildung, stößt auf große Schwierigkeiten. Die diesbezüglichen Versuche haben zu keinem endgültigen Ergebnis geführt. W. Chrzelitzer-Posen.

Über alimentäre Galaktosurie bei Morbus Basedowi, von Paul Szél-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 29.) Fälle mit Basedow, welche eine Portion von 30 g Galaktose bekommen hatten, zeigten in 86,9% eine Galaktosurie, welche in 78,1% eine Ausscheidung über 0,4 g erreichte. Diese Zahl fand sich auch bei normalen Menschen, sie stieg bei den an Basedow leidenden oft zu sehr hohen Werten an. Die alimentäre Galaktosurie wurde zusammen mit alimentärer Dextrosurie beobachtet. Bei der Prüfung dieses Verhältnisses ergab sich, daß wohl Galaktosurie für sich allein vorkommt, während umgekehrt kein Fall von Dextrosurie ohne Galaktosurie bemerkt wurde.

H. Vörner-Leipzig.

Diagnostik und Therapie der Hämaturie, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Für die Diagnose der Hämaturie (Harnröhre, Blase, Prostata, Ureter, Niere), fehlt oft jeder Anhaltspunkt; aber selbst in den Fällen, in denen subjektive Beschwerden einen solchen bieten, ist nach Portners Ansicht sofort zu zystoskopieren und zwar noch während der Blutung, weil nach dem Stehen derselben auch im Zystoskop die Stelle, aus der das Blut stammt, nicht mehr erkennbar sein kann. Nur zwei Ausnahmen von dieser Regel läßt Portner gelten: 1. eine akute blennorrhoische Zystitis, die auch sonst meist diagnostiziert werden kann, bei der aber die Einführung eines Zystoskops schwere Bedenken hat. 2. Prostatahypertrophie, bei welcher der Zustand des Patienten oft bedenklich und die Einführung eines Zystoskops durch die Form der Harnröhre nicht gestattet ist. Die Zystoskopie zeigt nun entweder die Blase erkrankt (Stein, Tumor, Fremdkörper, ulzeröse Zystitis, welche meist nur sekundärer Natur ist), oder bei gesunder Blase kommen Nierenblutungen in Betracht, d. h. sofortiger Ureterenkatheterismus. Auch dieser kann unter Umständen versagen, und die Prüfung der funktionellen Methoden ebenfalls; diese zeigt nur den Ausfall von Nierenparenchym an, der aber oft nicht in Frage kommt. Palpation, Röntgengebild eventuell nach Füllung des Nierenbeckens mit Kollargol, Tierversuch (bei Tuberkuloseverdacht), müssen weiterhelfen; wird die Diagnose auch dann nicht klar, so rät Portner nach spätestens 6—8 Wochen die blutende Niere freizulegen. Die Therapie richtet sich natürlich nach der Art und dem Sitze der Erkrankung. Bei Blutungen der Urethra anter. oder poster. infolge von Blennorrhoespülungen oder Installitionen mit Arg. nitr. Tuberkulöse Zystitis meist sekundär; heilt sie nach Beseitigung der primären Nierentuberkulose nicht, dann Einträuflung von Sublimat, erst 1—10 000 steigend bis 1 : 1000, 20—30 Tropfen. Bei Blutungen aus der Prostata genügt meist das Einlegen eines Dauerkatheters in die Blase für einige Tage, außer wenn es sich um ein Karzinom handelt; dann Sectio alta, Tamponade und später Prostatektomie. Operable Blasentumoren, die stark bluten, werden endovesikal oder durch die Sectio alta entfernt. Profuse Blutungen bei inoperablen Tumoren: zunächst Dauerkatheter von mindestens 21 Charrière, daneben Injektionen von Morphium und 40,0 g 10%iger sterilisierter Gelatinelösung in den Oberschenkel und außerdem viermal täglich 0,1 Styptizin intramuskulär oder dreimal täglich 30 Tropfen Erystyptikum; der durch Blutgerinnsel verstopfte Katheter wird durch ruckweises Einspritzen von 30—40 ccm abgekochten Wassers gereinigt und 100 ccm 1‰ Arg. nitr.-Lösung nachgespült. Geringe Blutungen kommen meist von selbst zum Stehen; ebenso sind Blutungen durch Blasen- oder Ureterensteine meist harmlos. Von den Nierenblutungen sind die durch Steine hervorgerufenen meist harmlos und brauchen nicht behandelt zu werden; nur bei sehr quälenden Beschwerden Operation. Diese ist stets notwendig beim Verdacht auf Tumoren. Die Blutungen bei chronischer Nephritis, die zum Verbluten führen können, machen oft einen operativen

Digitized by Google

Eingriff notwendig, eventuell sogar die Nephrektomie. Bei Nierentuberkulose ist nur durch frühzeitige Nephrektomie Rettung des Patienten zu erhoffen; hier ist die Nierenblutung ähnlich wie die Hämoptöe oft das erste Zeichen einer Nierentuberkulose. Blutungen einer Wanderniere sind meist durch passende Bandagen zu stillen. Blutungen aus einer Hydronephrose können durch plastische Operationen des Nierenbeckens gestillt werden, nur bei großer Zerstörung der Niere ist die Nephrektomie notwendig.

O. Lasch-Breslau.

Zur Frage der einseitigen Hämaturieerkrankung der Kapillaren des Markteils, von E. W. Baum-Kiel. (D. Zschr. f. Chir., 1913, Bd. 125, H. 5/6.) In beiden operierten Fällen zeigen die exstirpierten Nieren in der Rinde nahe der Kapsel einige kleinzellige, zu narbiger Einziehung tendierende Infiltrate, in denen die Glomeruli zum Teil verödet sind. Die Quelle der Blutung lag in beiden Fällen im Mark, wo neben ausgesprochener Lymphstauung schwere degenerative Prozesse an den Kapillaren übergreifend auf die Harnkanälchen mit Zerstörung der Gewebe und schweren Blutungen zu finden sind. Die kapillaren Erweiterungen gehen bis dicht an den Papillenrand des Nierenbeckens, das zum Teil seines Epithelbelages beraubt ist, so daß die Bluträume nur durch die Kapillarwand vom Innern des Nierenbeckens abgeschlossen sind. Die primäre Ursache der Hämaturie war eine Erkrankung der Kapillaren, eine hyaline Degeneration ihrer Wand, bzw. eine Angiombildung. W. Chrzelitzer-Posen.

Klinische Beobachtungen über essentielle Hämaturie, von William F. Braasch-Rochester, Minn. (J. Am. m. Assoc., 20. Sept. 1913.) Die Bezeichnung „essentiell" sollte auf die Fälle von Hämaturie beschränkt bleiben, bei denen weder eine Niereninsuffizienz, noch eine organische Veränderung des Nierenparenchyms, noch eine Infektion der Nieren nachgewiesen werden kann. Die Operationsberichte der Mayo-Klinik in Rochester zeigen bis zum 1. Juni 1913 26 Patienten, die wegen Nierenblutungen, für die keine Ursache gefunden werden konnte, operiert wurden. Die klinischen Berichte handeln über 51 nichtoperierte Patienten, bei denen die Diagnose der essentiellen Hämaturie zweifellos war. Bei der Differentialdiagnose muß sehr häufig in Betracht gezogen werden chronische Nephritis, infektiöse Nephritis, Pyelitis, Neoplasma, Tuberkulose und Lithiasis. Als ätiologisches Moment wird gegenwärtig meist chronische Nephritis angenommen, doch sind sicher noch andere Faktoren verantwortlich zu machen. Bei den 26 operierten Patienten wurde 12 mal die Nephrotomie und 16 mal die Nephrektomie ausgeführt. Bei zwei Nephrotomierten bestand die Hämaturie in solchem Grade weiter, daß die Nephrektomie ausgeführt werden mußte. Die Nephrotomie kann nach den Resultaten nicht als eine zuverlässige Methode betrachtet werden, jedoch waren bei der Nephrektomie die Erfolge hervorragend. Von den 51 nichtoperierten Patienten konnten 44 weiter beobachtet werden. Die Behandlung war verschiedenartig: einfacher Ureterenkatheterismus, Distension des Nierenbeckens mit Lösung von Methylenblau oder kolloidem Silber, Injektionen von Epinephrin in das Nierenbecken, Injektionen von Pferde- und Menschenserum. In den meisten Fällen jedoch traten nach vorübergehenden Erfolgen Rezidive ein. H. Fendt-Wiesbaden.

Über renale Hämaturien, von Hermann Datyner-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1914, Bd. 104, H. 2.) Die Frage nach der Ätiologie der plötzlichen Nierenblutungen ist trotz langer Erörterung noch nicht geklärt, zumal der anatomische Befund häufig nichts ergeben hat. Außer den allgemeinen Ursachen, wie Tumoren, Steine, wobei auch mikroskopisch kleine Harnsalze, besonders Urate und Oxalate, in Betracht kommen können, ist auch Tuberkulose als die Ursache plötzlicher Blutung aus den Nieren anzuerkennen; Stauungsblutungen mit Verletzung der Gefäße, wobei auch Lebererkrankungen eine Rolle spielen, plötzlich auftretende Ödeme und der Druck, der auf den venösen Ge-

Digitized by Google

fäßen infolge kongestiv entzündlicher Schwellung lastet und viele andere noch nicht eruierte Momente werden von den verschiedenen Autoren als Ursache der Nierenhämaturie angenommen, ohne daß man mit Bestimmtheit die Richtigkeit beweisen kann. Die Blutung kann einseitig und aus beiden Nieren zu gleicher Zeit auftreten. Es kann sich aber auch um toxische Wirkung handeln, indem die Gefäße durch die Toxine, welche die Nephritis hervorgerufen haben, in ihrer Ernährung leiden und für die Blutzellen durchlässig werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Marschhämoglobinurie, von O. Porges und R. Strisower. (D. Arch. f. klin. M., 1914, Bd. 117, H. 1.) 19jähriger kräftiger Mann bekommt nach Gehen von bereits $^1/_4$ Stunde Dauer reichliche Eiweiß- und Hämoglobinausscheidung im Urin bei normalem Allgemeinbefinden und Temperatur. Dauer der Ausscheidung 6 Stunden, dann wieder normaler Harn. Beeinflußt wurde die Hämoglobinurie durch Gehen in Lordosehaltung, deren willkürliche Verstärkung Hämoglobin im Harn meist schon nach kurzdauerndem Marsch (oft 5—10 Minuten) hervorrief. Bei Marsch in willkürlich kyphotischer Stellung, entweder überhaupt nicht Hämoglobinurie oder nur nach andauerndem Gehen. Nach Anlegung eines Gipsmieders in kyphotischer Haltung konnte Patient stundenlang gehen, ohne daß es zu Hämoglobinurie kam. Bezüglich der Pathogenese dieses Zustandes entwickeln Verfasser folgende Hypothese: das Organ, welches direkt die Hämatolyse, die durch die zur Zeit des Anfalles nachgewiesene Schädigung der Erythrozyten festzustellen war, erzeugt und damit auf dem Wege der Hämoglobinämie die Hämoglobinurie verschuldet, ist die Milz. Ein abnormer vasomotorischer Reflex, der durch Gehen in lordosischer Stellung ausgelöst wird (Patient ist Vasomotoriker, zeigte z. B. Dermographismus), beeinflußt die Milzdurchblutung in der Art, daß dieses Organ eine übergroße Menge der (an sich weniger widerstandsfähigen) Erythrozyten einschmilzt, dadurch das Blut mit Hämoglobin überschwemmt, so daß die Toleranz der Leber, die sonst im Milzvenenblut zuströmendes Hämoglobin abfängt, überschritten wird und es zu Hämoglobinämie und Hämoglobinurie kommt. Der weitere Verlauf war der, daß das Leiden unter entsprechendem Verhalten des Patienten nach kurzem Bestand wieder verschwand und ein Jahr später auch durch Lordosestellung nicht wieder provoziert werden konnte. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von leukämischer Lymphomatose bei paroxysmaler Hämoglobinurie, von Géza Gáli-Budapest. (Zschr. f. klin. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Ein Patient, der vor 15 Jahren an paroxysmaler Hämoglobinurie litt, erkrankt an leukämischer Lymphomatose. Verfasser untersucht die Frage, ob zwischen beiden ein kausaler Zusammenhang besteht. Man hat immer angenommen, daß die paroxysmale Hämoglobinurie zu den Infektionskrankheiten gehört, und Verfasser schließt daraus, daß derselbe infektiös-toxische Einfluß die eine wie die andere Krankheit verursacht. W. Chrzelitzer-Posen.

Über eine neue Indikanreaktion, von Jolles-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 41.) 10 ccm Harn werden mit 2 ccm einer 20%igen Bleizuckerlösung versetzt, umgeschüttelt, filtriert. Zum Filtrat setzt man $^1/_2$ ccm einer 10%igen alkoholischen Thymollösung, 10 ccm einer eisenchloridhaltigen Salzsäure (Obermayers Reagens) und 4 ccm Chloroform. Schütteln, bei Anwesenheit von Indikan schön violette Färbung des Chloroforms. Die Reaktion ist ungleich empfindlicher als die alten Methoden.

B. Junghanns-Dresden.

Beitrag zur Bewertung der quantitativen Harnindikanbestimmung, von Desider Natonek-Czernowitz. (Zbl. f. inn. M., 1913, Nr. 45.) Das prozentuelle Verhältnis von verfüttertem Indol zum ausgeschiedenen Indikan war bei den Kaninchen nicht stabil. Nach größeren Dosen kam prozentuell mehr Indikan zum Vorschein als nach kleineren. Nach der zweiten Fütterung war eine starke Zunahme des Harnindikans

Digitized by Google

festzustellen, dann ein Oszillieren um einen mittleren Wert, schließlich wieder ein Ansteigen der Indikanmengen, wobei sich die Ausscheidungsdauer bedeutend verlängert. Wir haben keine Möglichkeit, aus den Indikanwerten des Harns auf die Höhe der Indolbildung im Darm zu schließen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Phosphaturie, von A. Tanberg-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915, Nr. 2.) In einer Reihe von sogenannter Phosphaturie tritt eine vermehrte Kalkausscheidung auf. Der Kalk kann teils aus der Nahrung, teils aus Veränderungen, die den Kalkvorrat des Organismus betreffen, herstammen. Die Behandlung muß, wo eine vermehrte Kalkausscheidung vorliegt und der Harn deshalb neutral oder alkalisch ist, eine diätetische sein. Indessen muß die Diät auch eine andere wichtige Indikation erfüllen: sie muß die Azidität des Harns erhöhen. Die Zufuhr von NaCl muß vor allem eingeschränkt werden, weil dies Salz die Löslichkeit und Resorption des Kalks erhöht. Die medikamentelle Behandlung muß hauptsächlich, wie die diätetische, darauf gerichtet sein, die Azidität des Harns zu vermehren, ohne gleichzeitig die Ausfuhr von Kalksalzen durch den Harn zu steigern. Eine Reihe der gewöhnlichen Mittel erfüllen diese Forderungen nicht; die Mineralsäuren werden die Kalkausfuhr steigern; dasselbe kann auch die Milchsäure tun. Das wichtigste Mittel ist und bleibt bis jetzt die Diät.

W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis (Prof. Riehl) in Wien wurde aus Mitteln des k. u. k. Kriegsministeriums und des österr. Roten Kreuzes ein Pavillon mit 20 Wasserbetten zur Behandlung der Phlegmone verwundeter Soldaten angegliedert.

Im Johns Hopkins Hospital in Baltimore wird im September eine auf Kosten von John D. Rockefeller jr. errichtete Klinik für ansteckende Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf Syphilis eröffnet.

Zu Ehren der Entdecker des Radium hat in Paris ein Straßenabschnitt den Namen Place de Curie erhalten.

Das Journal d'Urologie, welches bei Kriegsbeginn sein Erscheinen eingestellt hatte, tritt wieder in Tätigkeit.

Die dermatologische Klinik in Lemberg ist einige Tage vor der Wiedereroberung dieser Stadt niedergebrannt.

Prof. Leo v. Zumbusch-München leitet zurzeit ein Feldspital in Olmütz.

Prof. Edvard Ehlers-Kopenhagen ist in dem in einer französischen Stadt nahe dem Kriegsschauplatze gelegenen dänischen Hospitale tätig.

Dr. John Henry Urich, Lector für Dermatologie an der Boston University, ist am 26. Februar, 53 Jahre alt, gestorben.

Dr. George H. Stover, Professor der Röntgenologie an der University of Colorado in Boulder, Col., und Dr. Erastus M. Eisenbeiss, Facharzt für Radiotherapie in Indianapolis, Ind., sind infolge Schädigung durch Röntgenstrahlen gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Juli 1915 | Nr. 29 | Band 61

Histologische Untersuchungen an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen ruber planus.

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Übersetzt von Dr. Philippi, Salzschlirf.)

Das für diese Untersuchungen verwendete Material ist folgendes:

Mein erster Fall war ein Offizier von 28 Jahren, der seit zwei Monaten an einem typischen, universellen Wilsonschen Lichen ruber planus litt. Die Läsionen bestanden aus kleinen, polyedrischen, schimmernden und glänzenden, stellenweise gedellten, teils isolierten, teils konfluierenden Papeln, welche auch die charakteristischen, perlgrauen Wickhamschen Linien aufwiesen. Dieser Patient erhielt zur Behandlung 30 Injektionen von Natrium arsenicosum zu 0,005 g und 60 „asiatische Pillen". Es war als Folge dieser ersten Behandlung an einigen Stellen eine beginnende Abplattung und Involution der Papeln und stellenweise auch eine Hyperpigmentierung zu konstatieren. Ich habe von diesem Falle zwei Stücke exzidiert, an denen man hier und dort noch gut erhaltene, glänzende Papeln sah, während an anderen Stellen sich schon abgeplattete, in der Rückbildung begriffene Papeln, zum Teil mit Hyperpigmentierung, fanden.

Bei den von diesen Stücken angefertigten mikroskopischen Präparaten sah man an den peripheren Teilen der Lichenpapeln eine normale oder leicht hypertrophische Epidermis und am Papillarkörper eine gelinde entzündliche Reaktion, die sich als eine leichte Wucherung der Bindegewebszellen des Papillarkörpers und der perithelialen Zellen der subpapillären Gefäße und des Dermas präsentierte. Man sieht da parallele Reihen dieser abgeplatteten perithelialen Zellen. An der Peripherie der eigentlichen Lichenpapeln ist die Epidermis schon stärker hypertrophiert; die Stachelzellen haben reichlicheres Protoplasma und größere Kerne, und die Zellenreihen sind zahlreicher; die Epithelknospen sind umfangreicher und stärker ausgezogen; die Körnerschicht ist auch umfangreicher geworden und zeigt eine Vermehrung der Körnchenzellenreihen bei gleichzeitiger Vergrößerung derselben, während das Stratum corneum dicker geworden ist und hyperkeratotisch. Am Papillarkörper sieht man durchweg eine stärker akzentuierte entzündliche Reaktion; man konstatiert im Papillarkörper eine Wucherung der Bindegewebszellen und eine noch stärkere Vermehrung der perithelialen Zellen an den subpapillären Ge-

Digitized by Google

fäßen und denen des Dermas. Außerdem besteht da eine beginnende Ansammlung von kleinen Rundzellen um die Wandungen der subpapillären Gefäße herum und an zerstreuten Stellen im Papillarkörper; hier und dort sieht man kleine Lichenpapeln im Anfangsstadium der Entwicklung mit einer reichlichen, ödematösen Epidermis; die Stachelzellen haben große Kerne und reichliches Protoplasma, und es ist Ödem intra- und interzellulär vorhanden — die Kerne sind von ödematösen Hohlräumen umgeben. Das sehr umfangreiche Stratum granulosum besteht aus drei bis vier starken Reihen von Körnchenzellen, welche dicke Körnchen von Keratohyalin enthalten, und das Stratum corneum ist sehr dick und hyperkeratotisch; die Epithelzapfen sind weit ausgezogen, umfangreich und leicht ödematös, die Papillen sehr groß, ödematös und mit kleinen Rundzellen, sowie mit gewucherten, spindelförmigen Bindegewebszellen durchsetzt; dabei überwiegen an Zahl die kleinen Rundzellen. Unterhalb der Papillen und im Derma sind die Gefäße erweitert und von gewucherten, abgeplatteten perithelialen Zellen umgeben, sowie von zahlreicheren kleinen Rundzellen in Form eines perivaskulären Muffes. Die Lymphspalten sind dilatiert. An den größeren, klinisch gut ausgebildeten Lichenpapeln sieht man, falls sie sich noch nicht in der Rückbildung befinden, die gleichen Veränderungen, wie man sie sonst beim Lichen kennt. Die Epidermis ist sehr ödematös, vergrößert und stark affiziert, die Hornschicht sehr dick, hyperkeratotisch, an einigen Stellen in zwei oder drei verhornte Lamellen zerteilt, die zum Teil schon abgelöst sind und sich zu exfolieren begonnen haben. An anderen Stellen sieht man am Stratum corneum auch eingezogene Partien, wie bei einem Handschuhfinger, und auf dem Grunde dieser Einziehungen sieht man Hornperlen in Form von Kugeln, die aus zwei bis drei konzentrischen, randständigen Hornlamellen bestehen. Diese Hornperlen füllen den Grund der genannten Einziehungen in der Hornschicht vollkommen aus; aber an einigen Einziehungen sind sie schon wieder ausgestoßen worden, so daß die Einziehungen leer erscheinen; dieser Befund repräsentiert die eingezogenen Punkte, welche man stellenweise an der verhornten Oberfläche der Lichenpapeln sehen kann. Das Stratum granulosum ist sehr umfangreich mit drei bis sechs Reihen von sehr großen Körnerzellen, welche sehr große Körner von Keratohyalin enthalten. Die Körnchenschicht ist ödematös, und die Stachelzellenschicht ist sehr hypertrophisch und enthält sehr zahlreiche Reihen von Stachelzellen von enormem Umfang und in stark ödematösem Zustand; das Protoplasma ist sehr vermehrt und die Kerne sehr umfangreich. Das Protoplasma ist meistenteils nur schwach färbbar und ödematös. Die Kerne sind auch von Hohlräumen umgeben und ödematös; man erkennt ein inter- und auch ein intrazelluläres Ödem. Die Inter-

Digitized by Google

zellularspalten sind sehr dilatiert und bilden unregelmäßig erweiterte Kanäle; an einigen Stellen, namentlich in den unteren Schichten, sieht man besonders stark degenerierte Zellen; das Protoplasma und die Kerne erscheinen bei einzelnen Zellen oder sogar bei kleinen Gruppen von Zellen als homogene, sich nur schwach färbende Massen ohne erkennbare Überreste der normalen Struktur. Auch sieht man, daß eine oder auch gleichzeitig zwei oder drei Zellen sich in homogene, glänzende, abgerundete, hyaline Kügelchen verwandelt haben, wobei die Kerne und das Protoplasma sich nicht mehr in normaler Weise mit Methylenblau-Tannin-Fuchsin färben; die Kerne und das Protoplasma nehmen eine leuchtend rote Farbe an; aber man sieht an einigen Stellen noch einige erhaltene Trümmer von Kernen, welche die Umwandlung in hyaline Substanz noch nicht ganz beendet haben, sondern sich mit dem Methylenblau färben. Schließlich gibt es auch noch andere Zellen, vereinzelt oder in kleinen Gruppen, welche vollständig hyalinisiert sind, und man sieht, wie die Basis der Epidermis unregelmäßig abgeplattet ist. Die Epithelknospen sind total verschwunden, die Papillen gleichermaßen am Papillarkörper beseitigt oder abgeplattet, und der Papillarkörper ist mit einer Decke von infiltrierenden Zellen bedeckt. Letztere überzieht nicht nur den Papillarkörper, sondern auch den oberen Teil des Dermas als eine gerade gerichtete Linie. Diese Zellinfiltration besteht zum größeren Teil aus einer großen Menge von Rundzellen. Die Gefäße des Derma sind dilatiert und von Ansammlungen von gewucherten perithelialen Zellen und von zahlreichen kleinen Rundzellen muffartig eingefaßt; man kann stellenweise einen Zusammenhang zwischen der Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen am Papillarkörper einerseits und den perivaskulären Zellmuffen der Gefäße andererseits und auch die unmittelbare Fortsetzung der Infiltrationsdecke unter der Epidermis hin erkennen. In den unteren Partien des Dermas besteht eine leichte Wucherung von Bindegewebszellen und auch von kleinen Rundzellen an einigen zerstreuten Stellen; die Follikel und Drüsen sind gleichmäßig von Herden kleiner Rundzellen umgeben. Diese Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen unter der Epidermis drückt auf die Basis derselben und bewirkt deren Auflockerung. Man sieht auch, wie kleine Rundzellen zwischen die Epithelzellen eindringen und bis in die mittleren, manchmal sogar bis in die oberen Schichten dieser, der Epithelzellen, gelangen, wobei auch ein Auseinanderweichen der schon ödematösen, verwandelten, sogar homogen gewordenen Stachelzellen Platz greift. Diese Zellen und Gruppen von veränderten Epithelzellen, die bei homogener Umwandlung sich von den anderen Zellen trennen, werden schließlich totaliter abgelöst und sind dann von allen Seiten von Infiltraten von kleinen Rundzellen umgeben;

Digitized by Google

und man sieht in der Mitte der Infiltrationsdecke von subepidermidalen kleinen Rundzellen auch Gruppen von homogenisierten, umgewandelten Epithelzellen, die im Begriffe sind zu verschwinden. Auch sieht man stellenweise Lichenpapeln, deren Epidermis vorher enorm umfangreich war, sich infolge der Auflösung der Epithelzellen (ihrerseits Folge der Einwanderung der kleinen Rundzellen zwischen Stachelzellen und Epidermis) zurückbilden bis auf einige wenige Zellreihen. Es gibt ferner unter den Lichenpapeln einige stärker ödematöse, welche ein stärker ausgesprochenes inter- und intrazelluläres Ödem aufweisen, während andere Papeln trockener sind und kein deutliches Ödem erkennen lassen, und ihre Zellen in ein homogenes Gewebe mit Hyalinkügelchen umgewandelt sind.

Außer diesen noch nicht der Rückbildung verfallenen Lichenpapeln sieht man auch andere, bei denen die Rückbildung eben einsetzt, insofern als sie noch eine voluminöse, ödematöse und stellenweise homogen gewordene Stachelschicht besitzen, während die Körnchenschicht reichlich ist, und die Hornschicht Hyperkeratose aufweist; dabei ist die Basis der Epidermis abgeplattet, und die Epithelknospen sind verschwunden, aber die aus kleinen Rundzellen bestehende Infiltrationsdecke ist vermindert, und die kleinen Rundzellen beginnen abzunehmen; man sieht verschiedentlich kleine Rundzellen, die abgeblaßt sind, sich nur schlecht färben, und an einigen Stellen sind sie alle blaß und fast farblos; andere sind zum Teil schon geradezu resorbiert, und man sieht ihre Überreste als noch schwach färbbare Massen; viele kleine Rundzellen sind so verschwunden, und die zelluläre Infiltrationsdecke ist demnach im Abnehmen begriffen; während die spindelförmigen Bindegewebszellen sich noch erhalten haben, sieht man auch an einigen Stellen kleine Gefäße, deren Lumen aber verengt ist, und von denen einige auch kleine, fibrinöse, körnige Thromben enthalten. Schließlich sind bei anderen, stärker in der Rückbildung vorgeschrittenen Lichenpapeln in der subepithelialen zellulären Infiltrationsdecke die kleinen Rundzellen fast vollständig verschwunden, während die spindelförmigen Bindegewebszellen sich noch erhalten haben, und man sieht auch an Stellen, wo die kleinen Rundzellen verschwunden sind, sogar eine stärkere Vermehrung der Bindegewebszellen. Diese sind ganz klein, haben kleine, spindelförmige Kerne und lassen die Bilder der amitotischen Teilung von jungen, spindelförmigen Zellen im Papillarkörper erkennen. Endlich sieht man an anderen Stellen Lichenpapeln, welche schon stark zurückgebildet und auf dem Wege der Heilung sind, bei denen die Epidermis aus dem Zustand der ödematösen Schwellung totaliter in eine Art von platter, schuppender, parakeratotischer Schichte umgewandelt ist, und man sieht dort inmitten

Digitized by Google

einer homogenen Lage abgeplattete Zellen, welche in Stäbchenform parallele Reihen bilden, und ferner an Stelle der Körnerschicht und der hypertrophierten Hornschicht ein Verschwinden der ersteren und eine völlige Umwandlung der letzteren. Diese, die ehemalige parakeratotische Hornschicht mit ihren Reihen von abgeplatteten Kernen und die ganze ehemals ödematöse, geschwollene Epidermis der ursprünglichen Lichenpapel sind in eine parakeratotische Schuppe umgewandelt, und darunter sieht man an Stelle der dicken, hauptsächlich aus kleinen Rundzellen und verhältnismäßig wenigen spindelförmigen Bindegewebszellen bestehenden Decke von zelliger Infiltration eine große Wucherung von jungen Bindegewebszellen mit kleinen spindelförmigen Kernen. Diese Zellen sind meist in parallelen Reihen angeordnet, aber einzelne steigen auch in die Höhe hinauf. Die kleinen Rundzellen sind total verschwunden; die Lichenpapel befindet sich auf dem Wege der Rückbildung und der Heilung. Im Bereich dieser in der Rückbildung begriffenen Lichenpapeln sieht man eine starke Anhäufung von Pigment, welche von der Peripherie der im Derma und subpapillär gelegenen Gefäße ausgeht und sich bis an die Epidermis und sogar in deren untere und mittlere Partien hineinerstreckt. Man sieht das Pigment in der Umgebung der Gefäßwandungen und im mittleren und oberen Teil des Dermas und auch im Papillarkörper lagern, teils als Streifen von Pigmentkörnern, teils als unregelmäßig gestaltete Massen oder auch mit noch größerer Unregelmäßigkeit als Körnchen oder kleinere oder größere Haufen im Gewebe verstreut, wobei sowohl die spindelförmigen Bindegewebszellen mit ihren Kernen und ihrem Protoplasma als auch die kleinen Rundzellen beteiligt sind. Auch bis in die Epidermis dringt das Pigment vor, und man sieht es hier in erheblichen Mengen angesammelt, bald als feine Körnchen im Stratum spinosum, bald auf dem Protoplasma und den Kernen der Zellen; stellenweise sind einige Gruppen von Stachelzellen total von Pigment bedeckt, oder auch man sieht große Gebiete des Dermas nach der Epidermis hin total mit Pigment überzogen. Zu erwähnen sind schließlich die Mitosen, welche an der Epidermis hier und da in großer Zahl an den Stachelzellen und den Basalzellen vorhanden sind.

Fall II. Isolierte Lichenpapeln, welche ausschließlich lokal mit Arsenik in Form von Arsenkollodium behandelt wurden.

Beim zweiten Lichenfall handelte es sich um einen 40jährigen Rabbiner, der ebenfalls schon seit einigen Monaten mit einem typischen, universellen Lichen ruber planus behaftet war. Es fanden sich kleine, glänzende, gedellte, teils isolierte, teils konfluierende Lichenpapeln, welche stellenweise auch die perlgrauen Streifen, die Wickham als charakteristisch für Lichen planus beschrieben hat, enthielten. Diesem Kranken habe ich von vornherein Arsenik innerlich oder subkutan zu geben unterlassen. Ich habe, rein des Versuches halber, an einigen Lichenpapeln arsenikhaltiges Kollodium

Digitized by Google

unter Verwendung einer Mischung von Liquor Fowleri 1,0, Collod. elastic. 5,0 als Verband einmal täglich während zehn Tage appliziert. Man sah klinisch an der Papel anfangs eine oberflächliche Schuppenbildung, die sich alsbald ablöste; darunter bestand eine leicht erodierte Beschaffenheit der Oberfläche; des weiteren sah man die Lichenpapel sich abplatten, Pigment ansetzen und regressive Formen annehmen. Am zehnten Tage exzidierte ich diese ausschließlich mit der äußerlichen Applikation von Arsenik behandelte Lichenpapel behufs der histologischen Untersuchung, die mir dann auch gestattete, mit der größten Sicherheit die dem Arsenik unzweifelhaft zuzuschreibenden Veränderungen festzustellen und ferner auch zu erkennen, ob diese durch die äußerliche Anwendung von Arsenik erzielten Modifikationen den durch die innere Darreichung und die subkutane Injektion des Mittels bewirkten Veränderungen analog waren.

Das am zehnten Tage exzidierte Stück Lichen enthielt eine periphere Partie von gesunder Haut, die also auch der Arsenikwirkung ausgesetzt gewesen war, ein noch wenig beeinflußtes Gebiet der Lichenpapel und schließlich auch ein deutlich in der Rückbildung begriffenes, abgeplattetes und pigmentiertes Gebiet der Lichenpapel. An der normalen Haut der Peripherie der Papel sah man unterm Mikroskop die Wirkung des Arsenkollodiums sich folgendermaßen äußern: es entwickelt sich eine Nekrose an einem Teil der Stachelschicht, wobei dieser homogen wird und hier und dort auch neben der Homogenität auch Körnchenbildung aufweist; an einigen Stellen sind die ovalen Kerne der Stachelzellenschicht noch erhalten, und es hat unter dieser nekrotisierten und schuppenden Schicht eine Vermehrung der Stachelzellen stattgefunden mit Mitosenbildung und der Entwicklung einer neuen intakten Stachelzellen-, Körner- und Hornschicht. Die neugebildete Stachelzellenschicht ist stellenweise, wenn auch nur sehr leicht, gewuchert und sehr leicht ödematös. Am Papillarkörper und am oberen Teile des Dermas besteht eine ausgesprochene Wucherung der spindelförmigen Bindegewebszellen und an den Gefäßwänden eine Vermehrung der perithelialen Zellen. In dem Präparat der mit Arsenkollodium behandelten Lichenpapeln sieht man Lichengebiete, welche noch nicht deutlich beeinflußt worden sind und die wohlbekannten mikroskopischen Veränderungen dieser Affektion aufweisen: die Epidermis ist geschwollen, das Stratum corneum stellenweise sehr hyperkeratosiert, die Körnerschicht sehr vergrößert mit fünf bis sechs Reihen von großen Körnchenzellen; desgleichen die Stachelzellenschicht erweitert mit ödematösen Zellen; das Protoplasma und die Kerne nur schwach tingierbar und die Basis der Stachelzellenschicht stellenweise abgeplattet. Dabei sind die Epithelknospen verschwunden, und die Papillen sind stellenweise beseitigt, und man sieht den ganzen Papillarkörper und den oberen Teil des Dermas von einer Infiltrationsdecke besetzt, welche aus kleinen Rundzellen mit einer Beimischung von einigen wenigen spindelförmigen Bindegewebszellen besteht. Die Gefäße sind dilatiert, und ihre Wandungen

Digitized by Google

sind infiltriert und mit einer perivaskulären Hülle von Rundzellen besetzt. Diese Hüllen bilden die Begleiter und die Fortsetzungen der subepithelialen Infiltrationsdecke. Die Basis der Epidermis ist stark durchsetzt mit Rundzellen, welche zwischen die Stachelzellen und Basalzellen in bunter Mischung eindringen. Diese letzteren sind an einigen Stellen losgetrennt und mit den subepithelialen Rundzellen in enge Vermischung geraten.

Wiederum andere Teile der Lichenpapeln sieht man, wo die Epidermis auch an Volumen vermehrt ist und die gleichen Veränderungen aufweist: Hyperkeratose des Stratum corneum, ein Stratum corneum mit vier bis fünf Reihen von großen Körnchenzellen, verdickte Stachelzellenschicht mit einem intra- und interzellulären Ödem, das Protoplasma und die Kerne der Zellen hypertrophisch, aber schwach färbbar; aber dabei ist die zellige Infiltrationsdecke unter der Basis der Epidermis, anstatt hauptsächlich aus kleinen Rundzellen zu bestehen, zum großen Teil nicht aus solchen Rundzellen gebildet, sondern an ihrer Stelle aus vielen kleinen, spindelförmigen Bindegewebszellen mit kleinen, spindelförmigen Kernen. Immer sieht man aber noch die perivaskulären, aus kleinen Rundzellen bestehenden Hüllen in Muffgestalt. An anderen in der Rückbildung begriffenen, abgeplatteten und pigmentierten Teilen der Lichenpapeln sieht man als Arsenikwirkung verdickte Teile der alten Stachelzellenschicht der Nekrose und der Homogenisierung verfallen; stellenweise ist sie granuliert, stellenweise auch enthält sie ovale Epithelkerne als Schuppenbildung, und darunter sieht man auch ein kleines Stück der noch gut erhaltenen, nicht nekrotisierten unteren Lagen der Stachelzellenschicht. An anderen Stellen aber sieht man unter der nekrotisierten, sich ablösenden Schichte der oberen Epidermislagen schon eine frische, normale Körner- und Hornschicht neu entwickelt vorliegen, und durch dieselbe wird das entsprechende Stück der alten, nekrotisierten, schuppig sich lösenden Stachelschicht eliminiert; dabei sieht man unter dieser neugebildeten, verhornten und granulierten Lage die gut gefärbte Stachelschicht, die stellenweise gewuchert ist und einzelne Mitosen aufweist. Dieses Stratum spinosum ist nur an einzelnen Stellen und auch nur sehr leicht ödematös. Am Derma sieht man bei der aus Rundzellen bestehenden Infiltrationsdecke, daß diese Rundzellen fast verschwunden sind und durch eine Wucherung von spindelförmigen, abgeplatteten Bindegewebszellen ersetzt sind. Diese Bindegewebszellen sind in parallelen oder in nach oben strebenden, teils auch horizontal oder auch in unregelmäßiger Weise verlaufenden Reihen angeordnet. In der Umgebung der Gefäße des Koriums sieht man an einigen Stellen zahlreiche Reihen von gewucherten perithelialen Zellen und stellenweise noch

Digitized by Google

einige kleine perivaskuläre Muffe von kleinen Rundzellen. Man sieht auch am mittleren und oberen Teil des Dermas ebenso wie an der Epidermis eine reichliche Ansammlung von gelbem Pigment.

Fall III. Lichen. Ausschließlich äußerliche Behandlung mit Arsenik in Form eines 45%igen Pflastermulls von arseniger Säure.

Mein dritter Fall betrifft eine 45jährige Frau mit einem seit zwei Monaten bestehenden, typischen, universellen Lichen ruber planus. Wir haben auf zwei Lichenpapeln ein Stückchen Pflastermull mit 45%iger arseniger Säure, die auf meine Bitte die bekannte Fabrik dermatologisch-therapeutischer Präparate Beiersdorf & Co. herstellte, appliziert. Ich spreche dafür auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus für die damit bereitwilligst gewährte Unterstützung dieser Experimentalstudie. Nachdem der 45%ige Pflastermull fünf Tage eingewirkt hatte, war die Lichenpapel ein wenig abgeplattet und zeigte kleine Schuppen an der Oberfläche. Am achten Tage war die Papel flach, ein wenig pigmentiert und die Schuppen lose. Ich habe diese Lichenpapel nebst einem Teil der umgebenden gesunden Haut exzidiert.

An der Oberfläche sieht man stellenweise eine aus der nekrotisierten ursprünglichen Stachelzellenschicht nebst noch erhaltenen ovalen Kernen bestehende Schuppe, und darunter sieht man eine neugebildete Hornschicht, welche die Abstoßung der Schuppe bewirkt. An einigen Stellen ist die Schuppe ganz abgelöst, und man sieht eine metamorphosierte Epidermis, wie man das an Lichenpapeln kennt: eine hyperkeratotische Hornschicht mit teilweise abgehobenen und exfoliierten Lamellen — eine Körnchenschicht, die stellenweise sehr dick ist mit vier bis sechs Reihen von großen Körnerzellen — eine stellenweise sehr hypertrophische Stachelzellenschicht, die, stark hyperplastisch, mehrere Zellreihen aufweist; diese Stachelzellen haben reichliches Protoplasma und große Kerne; das Protoplasma färbt sich an manchen Strecken nur schwach, an anderen gut. Es besteht auch ein intrazelluläres Ödem bei Neigung zu Höhlenbildungen, sowie auch ein interzelluläres Ödem; die interzellulären Spalten sind erweitert. Stellenweise ist dies Ödem stärker, stellenweise weniger stark ausgesprochen. Ebenso ist die Hyperplasie stellenweise erheblich, während an anderen Stellen sich nur wenige Zellreihen vorfinden, und wiederum sieht man stellenweise an den Basalzellenreihen einzeln oder in kleinen Gruppen von drei bis vier Stück zusammenliegende, modifizierte Zellen, deren Protoplasma nebst Kernen in homogene, hyaline, glänzende Kügelchen umgewandelt ist, und deren Struktur sich nicht mehr erkennen läßt. Die Basis der Epidermis ist abgeplattet; die Epithelknospen meistens beseitigt; nur einige derselben haben sich noch erhalten. Unter der Epidermis sieht man eine Infiltrationsdecke von sehr zahlreichen, kleinen Rundzellen, die untermischt sind mit typischen, spindelförmigen, abgeplatteten oder großovalen Bindegewebszellen, und diese Infiltrationsdecke von

Digitized by Google

kleinen Rundzellen erstreckt sich von der Basis der Epidermis bis in die untere Partie des Koriums. In dieser unteren Partie des Koriums sind die das Gewebe bildenden Bindegewebszellen sehr vermehrt und sehr hypertrophiert. Auch sind alle Gefäßlumina sehr erweitert, wie auch die Lymphspalten. Das Derma ist ödematös; die Gefäße sind mit Zellmuffen von gewucherten perithelialen Zellen umgeben, an denen man stellenweise eine Vermischung von Mitosen mit kleinen Rundzellen konstatiert. Diese perivaskulären Zellmuffe stehen in Verbindung mit der die Epidermis komprimierenden subepithelialen Infiltrationsdecke, und die sich einschiebenden kleinen Rundzellen dringen zwischen die Epithelzellen ein und lösen sie von der Epidermis ab. Man sieht auch Epithelzellen einzeln und in Gruppen auf diese Weise abgelöst in der Mitte der Infiltrationsdecke lagern. Außerdem sieht man im Derma in der Umgebung der Gefäße und im Gewebe des Dermas bis an die Epidermis heran viele Mastzellen verstreut, und es finden sich auch viele Granulationen von Mastzellen, die, rot gefärbt, bald als freiliegende Streifen, bald als kleine Gruppen das Protoplasma der spindelförmigen Bindegewebszellen und das Protoplasma der Rundzellen bedecken, wobei Mastzellen von spindelförmiger und Mastzellen von runder Gestalt entstehen.

Die elastischen Fasern sind an den Lichenpapeln im Gebiet der Zellinfiltrationen verschwunden, haben sich aber im Korium, überall wo eine zellige Infiltration nicht stattgefunden hat, erhalten. An anderen Stellen sieht man Lichenpapeln im Zustand der Rückbildung; im Bereich der durch die kleinen Rundzellen gesetzten Infiltrationsdecke sieht man auch Haufen von Trümmern von zerstörten Kernen der kleinen Rundzellen, im Resorptionsprozeß begriffen, und die Zahl der kleinen Rundzellen ist erheblich vermindert. An deren Stelle hat eine starke Vermehrung der kleinen jungen Bindegewebszellen vom spindelförmigen Typ stattgefunden. Stellenweise finden sich auch Mitosen, und man erkennt, daß einzelne Teile der Lichenpapeln sich auf dem Wege der Heilung befinden, indem hier die Herde von kleinen Rundzellen verschwunden sind, und nur Reihen von neugebildeten, spindelförmigen Zellen zu sehen sind, wobei diese in der Rückbildung begriffenen Partien der Lichenpapeln eine große Menge von gelbem Pigment als körnige Streifen um die Wände der Gefäße im Derma gelagert, im Papillarkörper und in besonderer Reichhaltigkeit in den basalen und mittleren Schichten der Epidermis aufweisen. An der Peripherie der Lichenpapeln sieht man im Bereiche der normalen Haut unterm Einfluß des 45 %igen Arsenikpflasters stellenweise an der Oberfläche der Epidermis eine Schicht sich ablösen, die aus der ursprünglichen Stachelschicht als eine nekrotisierte, homogene, abgestoßene Masse besteht; darunter konstatiert man eine neue hyperkeratotische Hornschicht,

Digitized by Google

die teilweise abgeblättert ist, eine ausgiebige Körnchenschicht mit zwei bis drei Zellreihen und eine etwas gewucherte und leicht ödematöse Stachelzellenschicht. Die Epithelknospen haben sich erhalten. Am Papillarkörper hat eine starke Vermehrung der spindelförmigen Bindegewebszellen stattgefunden; dieselben sind hypertrophisch und haben doppelte oder auch multiple Fortsätze. Im Korium treten in der Umgebung der Gefäße die perivaskulären Zellhüllen hervor, die aus gewucherten perithelialen Zellen mit einer gelegentlichen Beimischung von kleinen Rundzellen bestehen; doch sind sie entschieden weniger zahlreich als in den Lichenpapeln selbst. Es besteht aber eine sehr starke Vermehrung der Bindegewebszellen sowohl im Papillarkörper als auch im oberen und unteren Gebiete des Dermas. Außerdem sieht man am Derma, ebenso wie bei der Urtikaria, eine enorme Menge von Mastzellen von den unteren Schichten des Koriums bis in die Epidermis hinauf verteilt; es finden sich frei verlaufende Streifen von roten Granulationen von Mastzellen; sie sind auf dem Protoplasma der spindelförmigen Bindegewebszellen oder auch auf den Rundzellen abgelagert und bilden Mastzellen sowohl von spindelförmigem Typus als auch von rundlicher Gestalt. Die elastischen Fasern sind überall bis auf die Epidermis erhalten geblieben und sind stellenweise sehr hypertrophisch und ödematös und an einigen Stellen auch frakturiert. Auch sieht man im unteren Gebiet des Dermas die von Unna als „Kollastinentartung" bezeichnete Veränderung der elastischen Fasern. Es ist auch eine große Menge von gelbem Pigment in körnigen Streifen in der Umgebung der Gefäßwände im Korium, im Papillarkörper und in den basalen und mittleren Schichten der Epidermis angesammelt. Man sieht auch eine gelinde Erweiterung der Dermagefäße und ein wenig Ödem an den Lymphgängen des Dermas.

Wir haben ferner auf eine aus kleinen zusammengehäuften Lichenpapeln bestehende Läsion am rechten Arm eine 50%ige Arsenikpflastermull appliziert; es trat nach vier Tagen eine heftige Entzündung hervor, eine mit der Entwicklung von kleinen Pusteln, Krusten, nekrotischen und eiterigen Stellen im Bereich der Lichenherde einhergehende Dermatitis. Leider war es uns nicht möglich, dieses Stück zu exzidieren, aber nach dem klinischen Bilde zu urteilen und nach den Untersuchungsergebnissen bei dem vorherigen Stücke ist anzunehmen, daß es sich zunächst um eine intensive Entzündung des Koriums handelte mit Gefäßerweiterung und Ödem desselben, wobei sich des weiteren hinzugesellten: eine Anhäufung von Pigment im Korium und in der Epidermis, Verschwinden der Rundzellenherde und intensive hypertrophierende Wucherung der Bindegewebszellen, Auftreten von zahlreichen Mastzellen und in der Epidermis ein anfängliches Ödem mit nachfolgender Nekrotisierung, die bis in die tieferen Schichten sich erstrecken würde. Als Folge dieser Nekrotisierung würden wir als Sekundärerscheinungen eine ausgiebige, polynukleäre Leukozytose erwarten und eine Eiterung, welche die Epithelnekrose in eine Krustenbildung überführen und die Abstoßung derselben bedingen würde.

Digitized by Google

Überblick.

Unter den nach der Behandlung mit 30 Injektionen von 0,005 Natriumarseniat und 50 Pilulae asiaticae exzidierten Lichenpapeln finden sich etliche, bei denen schon klinisch die Zeichen der Rückbildung mit Abplattung und Pigmentbildung, kurz Heilungsvorgänge, sich äußern, und man konstatiert histologisch im Bereich solcher in der Rückbildung begriffenen Lichenpapeln eine starke Entwicklung von gelbem Pigment, welches in reichlicher Menge den oberen Teil des Dermas und auch die Epidermis durchzieht. Ferner sieht man, wie die Infiltrationsherde von kleinen Rundzellen, aus denen die Lichenpapeln hauptsächlich bestehen, allmählich zerfallen, resorbiert werden und verschwinden, wobei sich eine starke Wucherung von jungen spindelförmigen Bindegewebszellen und gelegentlich auch Mitosenbildung einstellt als Ersatz für die vergehenden Rundzellenherde. Die verdickte, ödematöse Epidermis weist eine Veränderung der Epithelzellen auf mit gelegentlicher Umwandlung in Hyalinmassen im Bereich der Lichenpapeln und einen beginnenden Übergang in eine Abschuppungsschicht. Man sieht auch Mitosen in den basalen Lagen der Epidermis, sowie späterhin die Neubildung einer jungen Epidermis, die stellenweise leicht ödematös ist und die alte veränderte und schuppig umgewandelte Epidermis zur Abstoßung bringt.

Analoge Vorgänge sieht man auch bei den ausschließlich mit lokalen Arsenikapplikationen mittels eines Verbandes von Arsenikkollodium (Liquor. Fowleri 1,0; Collodii 5,0) zehn Tage lang behandelten Lichenpapeln. Klinisch erkennt man, daß die Papeln sich zu pigmentieren und zu resorbieren anfangen; es sind dieselben Prozesse, die wir bei Verwendung von innerlichen Gaben von Arsenik beobachteten: Ansammlung von gelbem Pigment im oberen Teil des Dermas und in der Epidermis, wobei die Herde von kleinen Rundzellen in der Lichenpapel in der gleichen Art und Weise zu zerfallen, resorbiert zu werden und zu verschwinden anfangen und einer intensiven Wucherung von jungen Bindegewebszellen Platz machen. Ferner konstatiert man eine Art von fibröser Organisation der neugebildeten, spindelförmigen Bindegewebszellen, welche stellenweise in parallelen, aufsteigenden oder horizontalen und unregelmäßigen Streifen verteilt sind und die Stelle der verschwundenen Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen einnehmen. An der im Bereiche der Lichenpapeln ödematösen und auch sonst veränderten Epidermis konstatiert man eine mehr oder minder tiefgreifende Nekrotisationsschicht derselben; es hat sich dort eine Abschuppungsschicht gebildet, unter welcher eine neue Hornschicht zu entstehen beginnt mit normalen Körner- und Stachelzellenschichten, wenn auch dieselben stellenweise leicht ödematös und hypertrophiert erscheinen. An den während einer Woche ausschließlich mit dem 45%igen

Digitized by Google

Pflastermull von arseniger Säure behandelten Lichenpapeln konstatierte man auch eine Pigmentansammlung im Korium und in der Epidermis, und man sah, wie an manchen Stellen die Infiltrationsdecke von Rundzellen in den Papeln auf dem Wege zur Resorption und zum Verschwinden sich befand, sowie auch daß eine erhebliche Wucherung von neugebildeten Bindegewebszellen an Stelle der verschwundenen Rundzellen sich entwickelt hatte. Außerdem waren entzündliche Vorgänge, Gefäßerweiterungen, Ödem und zahlreiche Mastzellen wahrzunehmen.

An den normalen Hautpartien konstatierte man unter dem Einfluß der zehntägigen Behandlung mit Arsenikkollodium in gleicher Weise eine sehr intensive Entwicklung von jungen Bindegewebszellen und gelegentlich Mitosenbildung im Papillarkörper und in den oberen Schichten des Dermas nebst Anhäufungen von Pigment; ferner bestand an der in der Umwandlung begriffenen Epidermis eine Nekrotisierung der oberen Partie, welche sich zu einer abblätternden Schuppe umformte, unterhalb welcher von neuem eine normale Horn-, Körnchen- und Stachelzellenschicht entstanden.

An den dem 45 % igen Arsenikpflastermull ausgesetzten Partien von normaler Haut konstatiert man gleichfalls eine starke Vermehrung der Bindegewebszellen, die im ganzen Derma bis in die unteren Schichten hinein sehr prononziert hervortritt, eine erhebliche Ansammlung von Pigment, zahlreiche Mastzellen, Erweiterung der Gefäße und etwas Ödem. An der Epidermis hat man Nekrotisationsprozesse mit Umwandlung derselben zu einer Schuppe, unterhalb welcher die Entstehung einer neuen Hornschicht, Körner- und Stachelzellenschicht in normaler Weise sich vorbereitet.

Schlußbemerkungen.

An isolierten Lichenpapeln, welche in Form eines Experimentes ausschließlich mit der äußerlichen Applikation von Arsenik, sei es mit dem 45 % igen Arsenikpflastermull, sei es mit der Mischung von Liquor Fowleri 1,0 und Kollodium 5,0, behandelt wurden, konstatiert man nach wenigen Tagen klinisch eine Rückbildung der Lichenpapeln und Neigung zum Abheilen, in gleicher Weise ungefähr, wie man dies bei den mittels innerlicher Verabreichung von Arsenik oder mittels der subkutanen Injektionen des Medikamentes behandelten Lichenläsionen beobachtet. Mikroskopisch ist auch der gleiche histologische Befund an den des Experimentes halber ausschließlich äußerlich mit Arsenik behandelten isolierten Lichenpapeln wie an den intern oder in Form von subkutanen Injektionen mit Arsenik behandelten Läsionen zu konstatieren; es handelt sich dabei um eine starke Entwicklung von Pigment im oberen Teile des Koriums und in der Epidermis und des weiteren um die Auflösung und Besei-

Digitized by Google

tigung der Infiltrationsdecke von Rundzellen in den Lichenpapeln und schließlich um eine üppige Neubildung von neuen, spindelförmigen Bindegewebszellen, welche stellenweise als aufsteigende, sonst auch als horizontale oder unregelmäßige Streifen verteilt sind, was als eine Art von einer gewissen fibrösen Organisierung und Endvorgang bei der Heilung der Lichenpapeln zu deuten ist. An der Epidermis konstatiert man bei dem Regressionsprozeß der Lichenpapeln unterm Einfluß der Arsenikbehandlung die gleichen Vorgänge bei der innerlichen wie bei der äußerlichen Anwendungsweise: Umwandlung der ursprünglichen ödematös gewordenen und modifizierten Epidermis in eine sich ablösende Schicht in Schuppenform und unterhalb dieser Schuppe die Neubildung einer frischen, normalen, wenn auch leicht ödematösen und überreichlichen Epidermis, von welcher die Schuppe sich ablöst.

An den mit Arsenik äußerlich behandelten normalen Hautpartien sieht man nach wenigen Tagen anfangs eine reichliche Vermehrung von jungen, spindelförmigen Bindegewebszellen, Dilatation von Gefäßen und von Lymphgängen, Ödem, reichliche Entwicklung von gelbem Pigment und sehr ausgiebige Bildung von Mastzellen. Die Epidermis zeigt Nekrotisationserscheinungen, Umwandlung in eine Desquamationsschicht und unterhalb derselben die Entstehung von Mitosen an den basalen Stachelzellen und die Entstehung einer neuen Epidermis, welche die entstandene Schuppe zur Ablösung treibt. In den normalen Hautpartien und an den intensiver und während einer längeren Periode mit Arsenik äußerlich behandelten Lichenpapeln beobachtet man klinisch eine tiefgehende Nekrose und stellenweise auch die Entwicklung von Bläschen, Pusteln und Vereiterung, sowie zuletzt als Abschluß die sich daran anschließende Vernarbung.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Oktober 1914, H. 10.

1. Über Fortschritte in der Behandlung der Blennorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung der Vakzine-Therapie, von Karl Ritter von Hofmann-Wien. In großen Zügen schildert der Verfasser die Fortschritte, die in der Prophylaxe und Theraphie der Blennorrhoe gemacht worden sind, seit Neisser den spezifischen Erreger gefunden hat. Bei der Prophylaxe bespricht der Verfasser außer der eigentlichen Prophylaxe, d. h. Waschen mit desinfizierenden Flüssigkeiten, Urinieren unmittelbar nach dem Koitus, Einträufeln von Silbersalzlösung, auch die Abortivbehandlung, von der er in der letzten Zeit gute Erfolge gesehen hat. Bis vor ca. einem Jahre hatte er diese folgender Methode zu danken: Nachdem der Patient uriniert hatte, wurde eine Ausspülung der Urethra anterior unter mäßigem Druck mit einer milden Silbersalzlösung

Digitized by Google

oder warmem Wasser vorgenommen; dann folgte eine Injektion von 10—15 ccm einer $^1/_2$—1%igen Argent. nitr.-Lösung, die einige Minuten in der Harnröhre belassen wurde; nach zwölf Stunden folgte eine Spülung von $1^1/_2$ Liter einer 1%igen Albarginlösung, die nach zwölf Stunden und dann nach nochmals 24 Stunden wiederholt wurde. Waren dann die Gonokokken nicht verschwunden, so war das Verfahren gescheitert und es wurde die übliche Therapie eingeleitet. Seit ca. einem Jahre scheinen dem Verfasser die Erfolge günstiger durch Anwendung von Natr. cholic. und zwar in folgender Weise: Nach sorgfältiger Ausspülung der Urethra mit warmem Wasser werden 5—10 g einer 2%igen wässerigen Lösung von Natr. cholic. für ca. fünf Minuten injiziert und dann für die gleiche Zeitdauer die gleiche Menge von 0.5%igem Silbernitrat oder Protargol oder 0,1%igem Albargin. Dann wird die oben beschriebene Methode durchgeführt. Die Resultate mit einer Verbindung von Kollargol und Acid. cholicum scheinen dem Verfasser noch günstiger, aber noch nicht genügend abgeschlossen. Seine übrigen Ausführungen der Blennorrhoetherapie bieten nicht viel Neues. Er kombiniert bei akuter Blennorrhoe anterior die Injektionen mit der Neisserschen Spritze mit Janetschen Spülungen der vorderen Harnröhre und verwendet dabei eine 0,05%ige Lösung von Albargin, oder bei den Janetschen Spülungen Kal. permangan. 1,5 : 5000,0. Von den Balsamizis verspricht er sich bei der Blennorrhoe anterior fast gar keinen Erfolg, dagegen hält er dieselben bei akuter posterior für nützlich, weil sie schmerzstillend wirken. Für die Behandlung der chronischen Blennorrhoea posterior gibt es kein Schema. Einen langen Abschnitt widmet der Verfasser der Behandlung der Epididymitis; hier hält er Eis- resp. Wärme- resp. Salbenbehandlung für eventuell nötige Hilfsmittel, die aber nur sehr selten zu einer Restitutio ad integrum führen. Er plädiert energisch für Vakzinebehandlung, mit der er glänzende Erfahrungen erzielt zu haben behauptet. Auch bei der Arthritis gonorrhoica sind seine Erfahrungen mit Vakzinebehandlung sehr gute, weniger günstig bei Prostatitis. Bei Fällen von nicht blennorrhoischer Urethritis hat er in einigen Fällen, die er aber selbst als nicht beweisend bezeichnet, mit Autovakzine Günstiges erreicht, und er ist überzeugt, daß in Fällen von schwerer blennorrhoischer Allgemeininfektion des Organismus sie Ausgezeichnetes leisten würde.

2. **Über die Kutanreaktion Noguchis bei Syphilis,** von J. W. Squires-Charlotte. Nachdem es Noguchi gelungen ist, die Spirochaeta pallida in Reinkultur zu züchten, ist es ihm auch geglückt, ein Luetin zu finden, das eine wertvolle Ergänzung resp. Bereicherung der WR bedeutet. Dasselbe bewährt sich als Mittel zur kutanen Reaktion, besonders in Fällen von tertiärer Syphilis oder Syphilis hereditaria oder in schon spezifisch behandelten Fällen, in denen die WR negativ ausfällt. Die Luetinreaktion erfüllt alle Erfordernisse eines spezifischen Reagens. Dasselbe besteht in einem reinen Extrakt aus einem luetischen Organismus und produziert eine spezifische Reaktion, sobald es einem Luetiker intrakutan eingeimpft wird. Das Material zu der Luetinreaktion besteht 1. aus einer von abgelösten Trepanemen gewonnenen Emulsion und 2. aus einer Kontrollemulsion, die aus der Reinkultur ohne organische Substanzen gewonnen wird. Es werden in die beiden Arme des zu untersuchenden Individuums subkutan mittels einer Spritze mit kleinkalibriger Nadel je eine Injektion gemacht, und zwar auf dem einen mit dem Luetinreagens, auf dem anderen mit Zentralreagens. Die Beobachtungsdauer beträgt 24 Stunden bis drei Wochen. Bei dem Nichtluetiker tritt gar keine Reaktion oder höchstens ein schnell vorübergehendes, geringes Erythem auf. Bei einem Luetiker dagegen erscheint auf der Seite der Kontrollemulsionimpfung in 48 Stunden oder später eine lokale entzündliche Reaktion, anfangs als erythematöse Zone mit leichter Induration, aus der sich später eine Papel oder Pustel entwickeln kann; Kulturen von diesen Fällen bleiben steril. Dagegen kann man bei Luetikern drei Typen einer positiven Reaktion

Digitized by Google

beobachten: 1. eine erythematöse Stelle mit Induration, 2. eine Papel, mit einem indurierten Hofe umgeben, 3. eine Pustel, die resorbiert wird. Der Verlauf der Reaktionserscheinungen ist ein sehr kurzer. Die Tabellen über die Häufigkeit der positiven Reaktionen im Verhältnis zu den negativen, sowie im Verhältnis zu der WR und in den verschiedenen Stadien der Syphilis müssen im Original nachgesehen werden. Es scheint, daß bei der Syphilis I und II die spezifische Behandlung im Anfange die Kutanreaktion verstärkt, so daß man oft in sicheren Fällen von Syphilis, in denen man beim Auftreten von Erscheinungen und positiver WR keine Luetinreaktion erhält, dieselbe zwei bis drei Wochen nach Beginn der antisyphilitischen Therapie sich einstellt.

3. Über die verschiedene Wirkung einer Arsenverbindung auf die Leber nach subkutanen oder intravenösen Injektionen, von K. Ullmann-Wien. Der Inhalt der vorliegenden Arbeit, welche mit ihren Reproduktionen histologischer Präparate sehr wertvoll ist, dürfte den Deutschen aus verschiedenen Veröffentlichungen Ullmanns im wesentlichen bekannt sein.

4. Über vererbte, syphilitische Dyskrasie; ein kritischer Kommentar über die sogenannte Syphilis hereditaria, von Charles C. Mapes-Louisville. Nachdem Mapes seine Ansichten über die Verschiedenheiten von kontagiös und infektiös auseinandergesetzt hat, betont er, daß es Mode geworden sei, auf einzelne, noch sehr unsichere Anhaltspunkte hin, bei Kindern die Diagnose „hereditäre Lues" zu stellen, obwohl dieselben Symptome sich häufig bei hereditär nicht luetischen Kindern finden ließen. Auch das häufige Vorkommen von Aborten und Fehlgeburten beweise noch nichts für eine Lues der Eltern; denn in vielen Fällen würden gewohnheitsgemäß bei gesunden Frauen und normal entwickelten Föten Abtreibungen gemacht, um einem weiteren Verlaufe der Schwargenschaft oder zu großem Kindersegen zu entgehen. Auch gewisse nervöse oder Ernährungsstörungen der Kinder würden gern der Syphilis der Eltern zugerechnet, ohne daß eine solche vorläge oder wenigstens, ohne daß eine Vererbung stattgefunden hätte. Der Verfasser zählt dann sehr ausführlich alle Krankheiten von Kindern auf, für deren Entstehen man ohne Berechtigung die Syphilis der Eltern verantwortlich mache (z. B. die Rachitis). Die Tatsache, daß eine anscheinend gesunde Mutter von einem sicher syphilitischen Kinde nicht infiziert würde, während eine sicher gesunde Amme infiziert würde, ist nur dadurch zu erklären, daß die Mutter bereits syphilitisch sei. Die Frage, ob der Samen oder das Ei die Heredität bewirke, ob dieselbe paterner Natur sei, ob Syphilis III oder latente Syphilis auch noch hereditär wirken könnten, streift der Verfasser nur ganz obenhin.

5. Über zwei wichtige Faktoren bei der Tuberkulose des Urogenitaltraktus, von Henry Dowd-Buffalo. Da auch bei sehr sorgfältiger Untersuchung des Urins — selbst nach dem Zentrifugieren — recht häufig bei tuberkulösen Erkrankungen des Urogenitaltraktus keine Tuberkelbazillen gefunden werden, so sind alle klinischen Symptome, die zu einer frühzeitigen Diagnose führen können, von großer Wichtigkeit. Nach seinen eigenen Erfahrungen erwähnt Dowd zwei Tatsachen, die für Blasentuberkulose charakteristisch sind: 1. eine Herabsetzung der Blasenkapazität, die mit dem Fortschreiten der Erkrankung progressiv wird. Diese erklärt sich der Verfasser dadurch, daß nicht nur die Blasenschleimhaut, sondern auch das interstitielle Bindegewebe nach entzündlichem Reizzustande narbig verändert und so das Volumen der Blase eingeschränkt wird, und 2. die sehr große Empfindlichkeit der tuberkulösen Blase gegen Silbersalzlösungen, so daß selbst bei einer Konzentration von $^1/_{80\,000}$ eine 24—36stündige Reizwirkung eintritt. Er empfiehlt daher dringend, nie mehr Silbersalzlösungen zur Behandlung der tuberkulösen Blase zu verwenden,

Digitized by Google

6. Über Hydrozele des Samenstranges, von Charles D. Lockwood-Pasadaca. Der Verfasser beobachtete ziemlich gleichzeitig zwei Fälle von Hydrozele des Samenstranges und fand beim Durchsehen der Literatur, daß diese Fälle ziemlich selten seien und meist bei Kindern oder jugendlichen Erwachsenen als Folgeerscheinungen nach Traumen usw. auftraten. Nicht immer leicht ist die Differentialdiagnose mit einer Hernia inguinalis, eventuell kann die Hydrozele in den Bruchsack eingelagert sein. Therapeutisch ist Ansaugung der Flüssigkeit und Injektion von Karbolsäure am einfachsten; auch Inzision mit folgender Drainage wirken heilsam, aber schützen nicht vor Rückfällen. Das radikalste Mittel ist die Exzision der Zyste nach Jacoby und Rauschoff.

7. Ein Fall von multipler Sklerose auf syphilitischer Grundlage, in welchem die Diagnose nach den klinischen Symptomen gestellt wurde, trotz des negativen Ausfalles der Laboratoriumsuntersuchungen, von Tom A. Williams, M. B. C. M., Edin-Washington. In einem Falle von syphilitischer multipler Sklerose, in dem weder die WR im Blute, noch die Liquorreaktionen das Bestehen einer syphilitischen Erkrankung ergeben hatten, stellte der Verfasser die Diagnose aus klinischen Symptomen. Der Fall selbst hat ein rein neurologisches Interesse. Die Richtigkeit der Diagnose „syphilitische Sklerose" wurde durch die glänzenden Erfolge von zwei Salvarsaninjektionen bestätigt. Auch fiel eine Luetinreaktion, die nach der ersten Salvarsaninjektion gemacht wurde, positiv aus, während eine frühere negativ geblieben war. Im Anschluß warnt der Verfasser davor, sich zu absolut auf den negativen Ausfall der WR zu verlassen, wenn klinische Symptome die Diagnose „Syphilis" zu bedingen scheinen.

O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die neuesten Arbeiten über die physiologische Pathologie der Glykosurie, von J. J. R. Maclkod. (New York m. J., 21. Febr. 1914.) In dieser zusammenfassenden Betrachtung kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß Diabetes in Zunahme begriffen ist und besonders unter nervösen Leuten, Geistesarbeitern und jenen, deren Nervensystem besonderer Einwirkung unterliegt, vorherrscht. Die Hauptzüge der Glykosurie oder des Diabetes sind folgende: die erste Veränderung ist übermäßiger Gehalt des Blutes an Glykogen; die konstante Hyperglykämie führt zu funktionellen oder organischen Veränderungen, wodurch Zucker mit dem Urin ausgeschieden wird. Der nächste Schritt ist die beginnende Ausnützung des in den Körpergeweben aufgespeicherten Glykogens, und nun folgt der Schlußzustand der Glykoneogenesis, bei welcher alles im Körper verfügbare Material in Zucker umgewandelt wird. Der Hauptmechanismus beim Beginn des Diabetes scheint eine nervöse Störung zu sein; gewisse Hormone können bei der Glykogeneolysis in der Leber eine Rolle spielen. Obwohl das Pankreas mit dem Mechanismus der Glykosurie innig verknüpft ist, so scheint dessen genauerer Einfluß noch weiterer Aufklärung zu bedürfen. M. Stern-München.

Studien über Adrenalinglykosurie beim Menschen, von Landau-Warschau. Zschr. f. klin. M., 1914, H. 3 u. 4.) Subkutan beim Menschen injiziertes Adrenalin ruft Glykosurie hervor, wenn unmittelbar vor der Injektion dem Organismus beträchtliche Mengen von Traubenzucker oder irgend welchem, Traubenzucker enthaltendem

Digitized by Google

Kohlehydrat zugeführt werden. Die Adrenalinglykosurie wird von beträchtlicher Hyperglykämie begleitet. Adrenalin ruft keine Glykosurie hervor, wenn anstatt Traubenzucker Lävulose verabreicht wird. Kleine Dosen von Kokain sensibilisieren die Adrenalinwirkung und steigern gleichzeitig die Hyperglykämie und Glykosurie. Mit dem Adrenalin injiziertes Pantopon hemmt seine zuckertreibende Wirkung. Der Mechanismus dieser Hemmung ist zweierlei, einerseits verlangsamt Pantopon die Mobilisierung des Leberglykogens und setzt die Hyperglykämie herab, andererseits vermindert er die Glykosurie durch Schädigung der sekretorischen Nierentätigkeit. B. Junghanns-Dresden.

Zur Behandlung der Zystinurie, von Klempner und Jacoby. (Ther. d. Gegenw., März 1914.) Bei der Zystinurie wird eine im Urin schwer lösliche Substanz, das in sechseckigen Tafeln kristallisierende Zystin, ausgeschieden. Sie stellt eine Nierensteindiathese dar. Bei einer Patientin, die seit Jahren an schweren Nierenkoliken leidet, fand sie sich als einzige Ursache. Eiweißherabsetzung in der Nahrung verminderte die Zystinausscheidung. Durch Alkalidarreichung (6—10 g täglich Natr. bicarbon.) gelang es, das Zystin zum Verschwinden zu bringen. W. Haas-Hamburg.

Klinische Studien über die Phloridzinglykosurie, von Hans Eber. (Diss., Gießen 1913.) Verfasser untersucht, ob das Phloridzin geeignet ist, über Nierenstörungen Aufschluß zu geben, besonders, ob mit seiner Hilfe der Grad der Nierenschädigung zahlenmäßig zum Ausdruck zu bringen ist mittels des im Harn ausgeschiedenen Traubenzuckers. In seinen Versuchen an Wiederkäuern, Hunden und Pferden stellte er fest, daß im allgemeinen die Größe der Zuckerausscheidung mit der Phloridzindosis steigt, daß jedoch kein bestimmtes Verhältnis zwischen beiden Faktoren besteht. Bestimmte Regeln über die Beeinflussung der Zuckerausscheidung bei der Phloridzinglykosurie durch Krankheiten verschiedener Art bestehen nicht. Bei Hunden läßt sich bereits mit geringen Phloridzindosen ein Harnzuckergehalt von über 10% erreichen. Die Dauer der Phloridzinglykosurie schwankt zwischen 24 und 55 Stunden. Eine diagnostische Bedeutung kommt dem Phloridzin nicht zu. Weiter wurde untersucht, ob der Alkohol ein geeignetes Lösungsmittel für Phloridzin ist. Die Frage wird bejaht; für weniger konzentrierte Lösungen genügt Spiritus vini, für konzentriertere ist Alc. abs. erforderlich. *Endlich* will Verfasser darüber Aufschluß gewinnen, ob mit Recht von einem Phloridzindiabetes gesprochen wird. Die Frage wird verneint, da Phloridzin keine Vermehrung der Harnmenge bewirkt. Es wird deshalb die Bezeichnung „Phloridzinglykosurie" vorgeschlagen. F. Loeb-München.

Weitere Beiträge zur Saccharometerfrage, von Theodor Lohnstein-Berlin. Der Diabetometer nach Eppens. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 25.) Entgegen der Behauptung des Verfassers fand Lohnstein, daß Temperatur und Selbstgärung die Ausschläge des Diabetometers erheblich beeinflussen und daß außerdem der von Eppens gar nicht in Betracht gezogene äußere Luftdruck eine Rolle spielt, die für den Gebrauch des Apparates an höher gelegenen Orten ins Gewicht fällt, und der Harnanalytiker hat daher durchaus keinen Grund, die älteren Gärungssaccharometer zugunsten dieser neuen aufzugeben, zumal der Apparat entsprechend seiner komplizierteren Konstruktion seine Vorgänger im Preise bedeutend übertrifft. W. Chrzelitzer-Posen.

Weitere Beiträge zur Saccharometerfrage, von Theodor Lohnstein. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 48.) L. bespricht die von anderen Verfassern in letzter Zeit angegebenen Saccharometer (Eickhoff, Rensch, Stephan und Gause) und kommt zu dem Schluß, daß mit diesen Apparaten nur Annäherungsresultate erzielt werden können. E. Brinitzer-Altona.

Einfacher qualitativer und quantitativer Zuckernachweis im Harn mittels der Gärungsprobe, von Gause. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 14.) Das „Reagenz-

Digitized by Google

glassaccharometer" (Bezugsquelle: Dr. Bachfeld & Co., Frankfurt a. M.), dessen genaue Beschreibung im Original nachzulesen ist, lieferte bereits nach $^1/_4$ Stunde das wahrscheinliche, nach 24 Stunden das zuverlässige Zuckerresultat. Es ist ein Gärungssaccharometer, das man sich auch jederzeit leicht improvisieren kann. W. Haas-Hamburg.

e. Labien, Vagina usw.

Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane, von R. Birnbaum-Göttingen. (Gyn. Rdsch., 1914, H. 14.) Scheidenspülungen zu therapeutischen Zwecken sind vollkommen zu verwerfen, höchstens als Reinigungsmittel sind sie vorübergehend anwendbar. Die Tamponbehandlung, die zwar bessere therapeutische Erfolge ergibt, ist nur für kurzdauernde Behandlungen zu gebrauchen. Die Trockenbehandlung verspricht wegen der technischen Schwierigkeit nur bei Vornahme durch den Arzt selbst Erfolge. Verfasser empfiehlt die Ensemoritabletten (Luitpoldwerk München), deren Wirkung darin besteht, daß bei der Auflösung in der Vaginalfeuchtigkeit eine starke Kohlensäureentwicklung stattfindet, wodurch die den Tabletten beigemengten Arzneistoffe mit allen Teilen der Schleimhaut in innige Berührung gebracht werden. Die Einführung der Tabletten kann von der Patientin selbst ausgeführt werden. Für die Behandlung der Zervix, der Urethra, des Mastdarms und für kindliche Vaginae wird Ensemori in Stiftform unter dem Namen „Styli Spuman" geliefert. H. Boehme-Leipzig.

Ein Beitrag zur Behandlung der Vaginalerkrankungen, von H. Gutowitz-Leipzig. (Fortsch. d. Med., 1913, Nr. 8.) Die allmähliche Erkenntnis, welch schwere Folgeerscheinungen für den ganzen Organismus, wie bedeutende nervöse Störungen, Blutarmut und allgemeine Schwäche der früher als harmlos geltende Fluor haben kann, ganz abgesehen von den lokalen Störungen, wie Ekzemen, Geschwüren, Erosionen usw., haben dazu geführt, die Therapie der Vaginalerkrankung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Gutowitz teilt nun an der Hand von sieben Fällen, die sehr guten Erfolge mit, welche er durch Einführung der Ensemoritabletten erzielt hat. Ensemori ist eine labile Verbindung von Formaldehyd mit Thymol und Resorzin und Beimengung von Alumin. acet. tartar., Bismut. subgallic. und Hexamethylentetramin. Bei Einbringung einer Ensemoritablette in die Scheide bildet sich unter dem Einflusse der Scheidenfeuchtigkeit ein Gasgemisch von Kohlensäure und Formaldehyd, unter dessen Einfluß sich die vorher in festem Zustand befindliche Thymolresorzinaldehydverbindung leicht in ihre wirksamen Komponenten spaltet: die Gasbildung geht langsam, aber gründlich vor sich und treibt die wertvollen Bestandteile der Tabletten in die kleinen und kleinsten Falten der Vagina, wo sie ihre therapeutische Wirksamkeit entfalten können. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil liegt darin, daß dem Ensemori spezifische Heilmittel beigefügt werden können, wie 5% Ichthyol, dessen Anwendung dadurch die Schattenseiten des üblen Geruchs, des Beschmutzens der Wäsche usw. genommen wird, oder bei Blennorrhoe 1% Protargol oder Sublimat oder 3% Tannin usw., so daß neben der rein schematischen Anwendung auch die individualisierende Therapie zu ihrem Recht kommt. Diese Heilmittel werden bei der Zersetzung der Tabletten in alle Falten der Vagina bis zum Muttermund gebracht und können auf diese Weise ihre therapeutische Kraft entfalten. Neben der Einführung der Ensemoritabletten muß natürlich bei Blennorrhoen Ätzung des Zervikalkanals und der Urethra, oder bei den Ekzemen Waschungen resp. Spülungen mit Kal. permang. und Behandlung mit Lenigallolzinkpaste einhergehen; ebenso wird bei hochgradiger Anämie eine geeignete Eisenarsenmedikation zur Unterstützung der Wirkung der Ensemoritabletten von Vorteil sein. In jedem Falle glaubt Gutowitz in den Ensemoritabletten ein Mittel zu haben, das den lästigen und

Digitized by Google

oft nicht unbedenklichen Vaginalerkrankungen abhilft. Die Dosis ist im allgemeinen dreimal täglich eine Tablette. O. Lasch-Breslau.

Kraurosis und Kankroid, von R. Teuffel-Stuttgart. (Zbl. f. Gynkol., 1913, Nr. 27.) Bei der als Kraurosis bekannten Hautaffektion beobachtete Verfasser 1899 in einem Falle, in dem gleichzeitig Kraurosis und Kankroid bestand, eine Verkümmerung der neoplasmatischen Stränge unter dem Einflusse des die Krebsnester umgebenden entzündlichen Prozesses. Ob dieser Reduktion des karzinomatösen Gewebes eine Druckwirkung oder eine Entziehung des Nährmaterials durch den Entzündungsprozeß zugrunde liegt, muß dahingestellt bleiben. In letzterem Falle würde es sich vielleicht um einen der Wirkung radiotherapeutischer Maßnahmen parallelen Vorgang handeln. O. Valentiner-Leipzig.

Über die Wirkung des Radiums bei Carcinoma vulvae, von Th. Olion. (Lanc., 6. Februar 1915.) Sehr gute Wirkung in einem scheinbar hoffnungslosen Falle; die Patientin befand sich noch ganz vortrefflich einige Monate nach der Behandlung. H. Boas-Kopenhagen.

Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz), von Siegfried Gross. (W. kl. W., 5. März 1914, Nr. 10.) Bei einer 22jährigen, blassen, sehr grazilen Virgo intacta hat Verfasser Ulzerationsprozesse am Genitale nachweisen können, die vollkommen den von Lipschütz beschriebenen Geschwürsformen glichen und auch die Lipschützschen Stäbchen enthielten. W. Lehmann-Stettin.

Zum Krankheitsbegriff des sogenannten Ulcus acutum vulvae, von Richard Volk. (W. kl. W., 1914, Nr. 10.) Die von Lipschütz beschriebenen geschwürigen Veränderungen hat Verfasser nicht bloß bei Virgines intactae, sondern auch bei verheirateten Frauen und selbst bei einem 45jährigen Manne beobachtet; die langen Stäbchen, die L. als charakteristisch beschrieben hat, konnten stets und leicht nachgewiesen werden. W. Lehmann-Stettin.

Durch Diphtheriebazillen hervorgerufene blennorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina, von Erwin Kobrak-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 10.) Kobrak hatte wiederholt Gelegenheit, Infektionen mit Diphtheriebazillen zu beobachten, die nirgends das typische Bild mit Membranbildung zeigten, sondern nur mit Sekretion von allerdings übelriechendem Eiter einhergingen, und bei denen die Diagnose der diphtherischen Infektion nur durch Entnahme des Sekretes und Untersuchung im Kgl. Hygien. Institut, eventuell erst durch Züchtung gestellt werden konnte. Solche Bilder hatte Kobrak nicht nur bei Infektion des Rachens, sondern auch der Nase, des Kehlkopfes und der Bronchien gesehen. Als sich ihm Gelegenheit bot, an der Vulva kleiner Mädchen ähnliche klinische Bilder zu sehen, ohne daß Gonokokkennachweis gelang, ließ er das suspekte Sekret untersuchen und erhielt in beiden Fällen die Antwort: „Diphtherie positiv". Die darauf eingeleitete Impfung von 2000 I. E. Immunserum hatte im ersten Falle sofortige Heilung zur Folge, im zweiten erhebliche Besserung und Aufhören der Beschwerden und nach zehntägiger Behandlung mit Sublimatspülungen ebenfalls Heilung. Beide Kinder waren fieberfrei, hatten keine Diphtherie im Halse oder Nase gehabt und hatten das Bild einer typischen, das Allgemeinbefinden störenden Blennorrhoe dargeboten. O. Lasch-Breslau.

Zur Puderbehandlung des Fluors beim Weibe, von Hans Oppenheim. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) Verfasser hat mit Yatrentalkum gearbeitet, das selbst bei langer Anwendung keinerlei Reiz auf Haut oder Schleimhaut ausübt. Es hat eine rasch und gründlich austrocknende, desodorisierende Wirkung. Auch ist das Präparat sehr wohlfeil. Verfasser hat sich einen besonderen Apparat konstruieren lassen, den er ausführlicher beschreibt. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Die Behandlung des Fluor albus mit Levurinose, von HIRSCHFELD. (Klin. ther. Wschr., 1913, S. 148.) Levurinose, das Hefedauerpräparat der Fabrik Blaes, wurde von einigen Verfassern bei chronischer Obstipation und den Hautaffektionen, bei welchen Verdauungsstörungen als ätiologischer Faktor mit in Betracht kommen, empfohlen. H. rühmt die Erfolge bei Behandlung des einfachen und nichtkomplizierten Scheiden- und Zervixkatarrhs. Die Anwendung besteht darin, daß 2—3mal wöchentlich ein Teelöffel voll Levurinose in das Spekulum hineingeschüttet und ein Tampon nachgeschoben wird. Nach acht Stunden Spülung. Heilung in 4—6 Wochen. J. Werther-Dresden.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die blennorrhoischen Erkrankungen in der Urologie, Sero- und Vakzinotherapie, von CHOLTZOW. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 38 u. 39.) Unter 103 vom Verfasser beobachteten Fällen von blennorrhoischer Arthritis betrafen 52 das Kniegelenk, 23 die Articulatio talocruralis, 15 die Articulatio radio-carpalis, 7 das Schultergelenk, 3 das Ellenbogengelenk, 1 das Hüftgelenk, 2 die kleinen Fingergelenke. In 14 Fällen waren gleichzeitig mehrere Gelenke befallen. Hinsichtlich der Sero- und Vakzinotherapie hat Verfasser sowohl von der einen wie von der anderen gute Erfolge, besonders aber unter gleichzeitiger Anwendung der BIERschen Stauung.

A. Jordan-Moskau.

Die Tuberkulose als Boden für Arthritis blennorrhagica, von LUDOVICO TOMMASI-Florenz. (Riforma m., 1913, Nr. 49.) Aufbauend auf der Theorie seines Lehrers PELLIZARI, daß der blennorrhagische Rheumatismus ausschließlich eine Komplikation bei Individuen mit tuberkulösem Habitus bildet, berichtet Verfasser über zwölf Beobachtungen; er glaubt, daß der blennorrhagische Rheumatismus — PIRQUET war stets positiv — immer veranlassen sollte, neben der lokalen und antigonokokkischen Kur auch eine Therapie anzuwenden, deren Regime beabsichtige, den Allgemeinzustand zu bessern und die organische Depression zu stimulieren. Und — nach Heilung der Arthritis — soll eine antituberkulose Kur angegliedert werden. E. Rossen-Wiesbaden.

Azidität des Harns bei Tripper, von REGNAULD und COTTIN. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Verfasser fanden bei 150 Kranken saueren Urin bei akuter, alkalischen bei chronischer Blennorrhoe. Die Alkalinisation mit Soda vermehrt den akuten Ausfluß, bessert aber nicht den chronischen. Sie bessert aber chemische Reizungen durch Kaliumpermanganat usw. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium des Gonokokkus, von P. FORGEOT. (Ann. Inst. Pasteur, 1914, Nr. 9—10.) Ein aus einer Conjunctivitis blennorrhoica gezüchteter Stamm zeigt fermentative Wirkung nicht nur auf Dextrose wie gewöhnliche Gonokokken, sondern auch auf Maltose, Galaktose u. Dulzit, nähert sich damit also dem Meningokokkus. Agglutinationsversuche mit Meningokokkenserum waren negativ. Durch intravenöse Injektion abgetöteter Kulturen ließ sich bei Meerschweinchen eine gewisse Immunität erreichen. W. Lutz-Basel.

Heiratsfähigkeit nach Tripper, von E. PORTNER-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 47.) Ausgehend von der Erfahrung, daß Männer, welche eine Blennorrhoe überstanden haben, auch wenn sie kein Sekret mehr zeigen und einen absolut klaren flockenfreien Urin entleeren, doch noch infizieren können, wenn die Gonokokken in den tieferen Gewebsschichten lagern, schlägt PORTNER vor, nach Aussetzen jeder Behandlung Provokationen vorzunehmen: a) durch reichlichen Alkoholgenuß oder durch Instillation einer 2%igen Argent. nitr.-Lösung in die Urethra posterior und anterior 2—3mal in zweitägigen Pausen, oder durch starke Metallsonden (25—26) 2—3 mal mit dreitägigen Pausen, oder

Digitized by Google

durch Dehnung mit dem Kollmannschen Dilatator (bis 36—40 Charrière) 4—5 mal in siebentägigen Pausen und das auf diese Weise hervorgerufene Sekret zu untersuchen. Wenn dann keine Gonokokken vorhanden sind und die Urethroscopia anterior und posterior normale Verhältnisse zeigt, kann man den Heiratskonsens erteilen, und zwar zunächst nur mit Kondom; und erst nach mehrmonatlichem geschlechtlichem Verkehr ohne solche. Ist noch eine Spur von Sekret vorhanden, so muß dasselbe erst tunlichst durch Dehnungen, Spülungen, Installationen, Massage beseitigt werden, dann ebenfalls die erwähnten Provokationen und dann Heiratskonsens, selbst wenn ein völliges Verschwinden des Sekrets nicht erreicht werden kann. O. Lasch-Breslau.

Die blennorrhoischen Erkrankungen in der Chirurgie und ihre Behandlung mittels Sero- und Vakzinotherapie, von B. Cholzoff-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 89, H. 2 u. 3.) Man kann alle chirurgischen auf blennorrhoischer Infektion beruhenden Erkrankungen in drei Kategorien teilen: 1. Schleimhauterkrankungen von Organen, die in Kommunikation mit der Außenwelt stehen, Urethritis; 2. Erkrankungen von Organen, die nach außen mehr oder weniger geschlossen sind und in denen sich der Prozeß sekundär entwickelt, meistenteils infolge unmittelbarer Weiterverbreitung der Infektion von der primär erkrankten Harnröhre aus (Epididymitis, Cowperitis, Prostatitis, Zystitis, Ureteropyelitis); und 3. Erkrankungen von Organen, die nach außen nicht kommunizieren und in denen der Prozeß vom primär erkrankten Organ aus auf dem Blut- oder Lymphwege entsteht (Gelenkerkrankungen, Entzündungen von Sehnenscheiden, Schleimbeuteln, Pleuren, Knochen usw.). Neben der Sero- und Vakzinotherapie, die überaus günstige Resultate zeitigte, besonders bei letzteren Erkrankungen, müssen auch chirurgische Behandlungsmethoden angewandt werden. Die akute Gonokokkenosteomyelitis, die subkutane Phlegmone des Pleuraempyems kann nur auf operativem Wege zur Heilung gebracht werden; bei einer Mischinfektion, die eine eitrige Entzündung des Gelenks mit Ergriffensein des Bandapparates und der knöchernen Gelenkenden hervorgerufen hat, kann eine Arthrotomie oder Arthrektomie indiziert sein; die Achillodynie und Talalgie infolge von Exostosenbildung kann nur durch operative Entfernung der Exostose beseitigt werden. Bei großen Gelenkexsudaten ist die vorhergehende Entfernung des Exsudats durch Punktion des Gelenks nützlich. Besonders nützlich ist die Kombination von Sero- und Vakzinotherapie mit der Verwendung der Hyperämie. W. Chrzelitzer-Posen.

Verursachen sterile Tripperfäden weißen Fluß, von Orlowski. (D. m. W., 1914, Nr. 37.) O. kommt zu dem Ergebnis, daß gonokokkenfreie Tripperfäden des Mannes einen bakterienfreien Zervixkatarrh verursachen können. E. Brinitzer-Altona.

Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? von Credé-Hörder-Berlin-Friedenau. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) C.-H. richtete eine Umfrage an Gynäkologen und Ophthalmologen, ob sie eine gesetzliche Einführung der Prophylaxe der Blennorrhoe befürworten. Wenn auch alle zugaben, daß eine sachgemäße Einträufelung mit einer unverdorbenen Lösung niemals eine bleibende Schädigung hinterlasse, so waren doch unter 51 Gynäkologen nur 25 Anhänger der obligatorischen Einführung der Prophylaxe, während sich von 17 Ophthalmologieprofessoren 13 dafür erklärten. In dieser Gegnerschaft der Gynäkologen sieht der Verfasser den Grund dafür, daß die Blennorhoe noch immer eine so hohe Morbiditätsziffer aufweist; die Regierung wird sich erst dann dazu entschließen, mit neuen Gesetzesvorschlägen zu kommen, wenn die Ärztewelt selbst von der Notwendigkeit hierzu durchdrungen ist.

E. Brinitzer-Altona.

Wie kann die Blennorrhoe wirksam verhütet werden? von Credé-Hörder-Berlin-Friedenau. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 6.) C.-H. verlangt die obligatorische

Digitized by Google

Einführung der Credéschen Einträufelung und die gesetzliche Meldepflicht, falls die Blennorrhoe bei einem Kinde ausgebrochen ist, damit es rechtzeitig in sachgemäße Behandlung käme. E. Brinitzer-Altona.

Über die Prophylaxe der Blennorrhagie und anderer venerischer Erkrankungen, von E. Biró-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 1.) Bei der ungarischen Honvédarmee und Gendarmerie wird der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten im Geiste des Fingerschen Referates seit einem Jahrzehnt streng durchgeführt. Alle 14 Tage wird die Mannschaft einer eingehenden ärztlichen Untersuchung unterzogen. Die Kranken werden sofort in das Spital geschickt. Solche Kranke kommen also mit Gesunden nicht in Berührung. Die Rekruten machen beim Einrücken eine eingehende ärztliche Untersuchung durch, und wenn jemand an einer venerischen Erkrankung leidet, kommt er sofort ins Spital. Die zu Waffenübungen einrückenden Reservisten werden, wenn sie venerisch erkrankt sind, nicht eingekleidet, sondern sie werden an ihren Zuständigkeitsort zurückbeurlaubt. Zugleich wird die administrative Behörde von der Erkrankung des Betreffenden verständigt. In der Wintersaison werden in der Mannschafts- und Unteroffiziersschule Vorträge über die Pflege der Gesundheit gehalten. Bei dieser Gelegenheit werden auch Unterweisungen erteilt, wie man sich gegen Geschlechtskrankheiten schützt. Nach dem Einrücken der Rekruten und der Reservisten wird die ganze Mannschaft nochmals über den Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten belehrt. In jeder Kaserne ist nahe zur Toreinfahrt, in einem Lokale abgesondert, eine Nische, die mit einem Waschapparat, 3%iger Albarginglyzerinlösung und einem passenden Tröpfler zum Schutze gegen venerische Erkrankungen versehen, so auch mit einer Alkoholsublimatlösung (1 : 1000). Jedes einzelne Individuum kann nach seiner Nachhausekunft eine prophylaktische Einspritzung in die Harnröhre vornehmen und auch das Abwaschen der Geschlechtsorgane durchführen, und zwar unter Aufsicht des Inspektionsunteroffiziers, der zu dieser Manipulation abgerichtet ist. In der Ludovikaakademie werden die neuen Zöglinge schon in den ersten Tagen über den Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten belehrt. Sie werden auf die Vorteile der Abstinenz aufmerksam gemacht. Jeder Neueintretende wird mit einem in der Tasche tragbaren Schutzapparat versehen, den jeder Akademiker in der Tasche tragen muß, wenn er Ausgang hat. Die Belehrung der Zöglinge der Militäroberrealschule beginnt bei den Zöglingen des dritten Jahrgangs, und sie werden mit einem Schutzapparat versehen, wenn sie am Ende des vierten Jahrgangs die Anstalt verlassen. Mit ähnlichen Verfügungen wird der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten bei der Gendarmerie besorgt. M. Porosz-Budapest.

1. Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Blennorrhoe, von Bruck-Breslau. (D. m. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser berichtet von einem neuen Blennorrhoemittel: Uranoblen. Dies ist eine Verbindung von Silber mit Uranin. Es enthält 40% Silber. Es hat eine hohe abtötende Wirkung auf Gonokokken, übt eine starke Tiefenwirkung aus und ist bei bestimmter Anwendungsform fast reizlos. Zur zweckmäßigen Applikation benutzt er glatte, starre, dünnwandige, nach Einführung in kurzer Zeit schmelzende Hülsen (Kaviblenstäbchen), die eine Mischung des Uranoblens mit einer indifferenten, reizlosen Substanz enthalten, hergestellt von Dr. Jublonski-Breslau 9. Vier verschiedene Formen: 1. für die Pars anterior; 2. für die Pars anterior und posterior; 3. für die weibliche Urethra bzw. Vagina kleiner Mädchen; 4. für die Zervix.

2. Praktische Resultate mit der Kaviblentherapie, von Sommer-Breslau. Vorteile sind, daß die Behandlung bequem und zeitsparender ist, es werden täglich nur zwei Stäbchen eingeführt. Nach durchschnittlich 14 tägiger Behandlung Heilung. Die

Digitized by Google

Kosten sind nicht größer als bei dem alten Verfahren mit Spritze und Lösungen. Als Nachteile sind zu vermerken, daß die Wäsche verfärbt wird, daher wird ein Schutzbeutel beigegeben. Gereizte auf der Akme befindliche Fälle sind kontraindiziert.

3. Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens, von Glück-Breslau. Das Uranoblen erweist sich als stark gonokokkentötend. Seine sicher gonokokkozide Wirkung äußert sich bereits in einer mindestens zehnfach geringeren Konzentration als der therapeutisch anwendbaren entspricht.

B. Junghanns-Dresden.

Die Behandlung der Blennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen in der Berner Universitäts-Augenklinik, von P. Schenderowitsch. (Ther. Mh., 1915, Heft 1.) In der Berner Augenklinik wurden bei der Behandlung der Blennorrhoe statt der früher üblichen Argentum nitricum-Eintröpfelungen seit vielen Jahren solche mit 3%iger Kollargol- oder 5%iger Syrgollösung gemacht. Diese Behandlung wurde unterstützt durch warme Borwasserspülungen, Einstreichen von Borvaseline und warme Umschläge. Sowohl bei Neugeborenen als auch bei Erwachsenen, bei einfachen Fällen und bei Fällen mit schweren Hornhautkomplikationen waren die Erfolge sehr gut. Beim Kollargol wirkte nur seine schwarze Farbe störend, das Syrgol gab manchmal Veranlassung zu stinkenden Diarrhöen, was die Verfasserin so erklärt, daß es bei länger dauernden Augenbädern durch den Tränenabflußapparat in Mund, Rachen und Darm gelangt.

H. Boehme-Leipzig.

Die Prophylaxe und Behandlung der Ophthalmia neonatorum, von A. von Brav-Philadelphia. (New York m. J., 23. Mai 1914.) Bezüglich der Prophylaxe faßt B. kurz alle die Maßnahmen zusammen, die zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten im allgemeinen empfohlen worden sind, und hebt dabei wohl mit vollem Recht hervor, ein wie zweischneidiges Schwert für Kinder beiderlei Geschlechts die Einführung sexuellhygienischer Kurse in öffentlichen Schulen sei. Ebensowenig kann sich B. für die obligatorische Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten erwärmen, da hiermit der Kurpfuscherei nur Vorschub geleistet werde. Die Blennorrhoea neonatorum muß aber aus Sicherheitsgründen in jedem Falle angezeigt werden, wenn auch weiteres Eingreifen der Aufsichtsbehörden nicht ratsam ist. Das Crédésche Verfahren (Instillation einer 2%igen Silberlösung) sollte Gemeingut aller Hebammen werden, und dieselben müßten in regelmäßigen Zwischenräumen immer wieder über die Gefährlichkeit dieser Augenaffektion der Neugeborenen und deren Verhütung aufgeklärt werden. Was die Behandlung betrifft, so ist in erster Linie Kälteapplikation und sorgfältige Reinigung, d. i. beinahe alle 20—30 Minuten zu wiederholende Entfernung des Eiters in den ersten Tagen, in größeren Pausen späterhin, mittels antiseptischer Lösung (1 : 10,000 Sublimat) geboten. Nach jeder Reinigung ist 25%ige Arg. nitr.-Lösung zu instillieren. Nach etwa einer Woche, wenn die Absonderung bedeutend nachgelassen hat, wird statt Sublimat Zinc. sulfur. (0,06 : 30,0) zur Reinigung benutzt. Bei Ergriffensein der Hornhaut ist es jedenfalls nötig, einen Augenarzt beizuziehen. Zu bedenken ist, daß zur vollständigen Heilung immer 3—4 Wochen notwendig sind und es sehr wichtig ist, nicht zu früh mit der sehr viel Geduld erfordernden Behandlung aufzuhören.

M. Stern-München.

Die Behandlung der blennorrhoischen Ophthalmie der Neugeborenen, von Alexander Klébansky. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Verfasser hat sieben Fälle von Ophthalmia neonatorum mit der atoxischen Vakzine von Nicolle und Blaizot behandelt. Nur in einem Falle (ein Rezidiv) trat rapide Heilung ein; in den anderen wurde die Erkrankung durch die Vakzine absolut nicht beeinflußt. Ebenso erwies sie

Digitized by Google

sich bei blennorrhoischer Konjunktivitis und Iritis älterer Kinder und Erwachsener unwirksam. Die Silbersalze haben sich in jeder Beziehung als überlegen erwiesen.

R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Trichotillomania, von J. C. Martin-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 15.) Verfasser berichtet über eine den Suttonschen Fällen (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914) analoge Beobachtung bei einem vierjährigen, sonst offenbar durchaus gesunden und kräftigen Knaben. Auf einem großen Gebiete der Kopfschwarte war eine erhebliche Lichtung und sogar stellenweise vollständiger Schwund der Haare eingetreten infolge der seit etwa Jahresfrist geübten Gewohnheit des Knaben, fortwährend einzelne Haare mit den Fingern abzurupfen. A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die nächste Versammlung der American Urological Association findet im April 1916 in St. Louis statt. Der Vorstand besteht aus Edward L. Keyes-New York, Präsident; E. Otis Smith-Cincinnati, Vizepräsident; Henry L. Stanford-Cleveland, O., Sekretär, und James A. Gardner-Buffalo, N.Y., Schatzmeister.

Nach den von Queyrat in der Société médicale des hôpitaux am 16. Oktober v. J. gemachten Angaben wird in Paris ein Arsenobenzol und Novarsenobenzol Billon, welches die chemische Zusammensetzung und die Heilwirkung des deutschen Präparates besitzen soll, hergestellt und von den Etablissements Poulenc Frères vertrieben. Diese Präparate sind auch in England zugelassen. Die dortselbst von der Firma Burroughs Wellcome & Co. unter dem Namen Kharsivan und Neokharsivan herausgebrachten Arzneikörper werden vom National Medical Research Committee nach eingehenden chemischen Prüfungen und Tierversuchen als völlig identisch mit dem Ehrlichschen Mittel bezeichnet.

Sir Jonathan Hutchinsons berühmte Sammlung von Aquarellen und Photographien Hautkranker ist durch eine von Sir William Osler vermittelte Schenkung in den Besitz des Johns Hopkins Hospital in Baltimore übergegangen.

Die Pariser Académie de Médecine hat — über Antrag von Raphael Blanchard — Ehrlich und Röntgen aus ihrer Mitgliederliste gestrichen.

Dr. John R. Murlin, Assistant Professor der Physiologie am Cornell University Medical College in New York, begibt sich zur Vornahme biochemischer Studien an das staatliche Pellagrakrankenhaus in Spartanburg, S.C.

Die neubegründete Professur für Tropenkrankheiten an der Universität Neapel wurde Prof. Aldo Castellani, bislang Leiter einer Klinik für Tropenkrankheiten in Colombo (Ceylon), übertragen.

Dr. Oskar Neugebauer, Assistent am Ambulatorium von Prof. Oppenheim in Wien, ist aus der russischen Gefangenschaft in Lemberg zurückgekehrt.

Dr. John Joseph Hector McAllister, Arzt für Hautkrankheiten in New Bedford, Mass., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Juli 1915 | Nr. 30 | Band 61

Aus der deutschen dermatologischen Universitäts-Klinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. KREIBICH).

Über eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe.

Von

Privatdozent Dr. E. KLAUSNER.

Die gonorrhoische Erkrankung der Schleimbeutel ist gegenüber den durch den Gonokokkus bedingten rheumatischen Erkrankungen der Gelenke und Sehnenscheiden ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Infolgedessen ist die Literatur über die Gonokokkenmetastasen der Schleimbeutel recht dürftig. Meistens handelt es sich um jene Schleimbeutel, welche in naher Beziehung zu den benachbarten Gelenken stehen, indem sie mit letzteren kommunizieren. So kommt es, daß besonders die Schleimbeutel in der Nähe des Kniegelenkes, entsprechend der Häufigkeit der gonorrhoischen Affektion dieses Gelenkes, also die subkruralen und patellaren Schleimbeutel, durch den Gonokokkus entzündlich erkranken. NOBL hat im Jahre 1903 eine Reihe von Fällen mitgeteilt, bei denen in Begleitung *blen*norrhoischer Gelenkmetastasen eine akute Bursitis achillea profunda infolge gonorrhoischer Entzündung der Bursa tendinis calcanei aufgetreten war. Die gleiche Affektion beschrieb dann weiter HEINEKE, so daß die gonorrhoische Erkrankung dieses Schleimbeutels nicht allzu selten zu sein scheint.

Der von mir beobachtete Fall betrifft einen 18 Jahre alten Studenten, der am 12. April 1915 unter den Erscheinungen einer Gonorrhoe erkrankte; vier Tage später trat unter hohem Fieber eine schmerzhafte Geschwulst an der Unterseite des Penis knapp neben dem Frenulum auf. An diesem Tage kam Patient auf die Klinik, wo zwei Tage später der periurethrale Abszeß an zwei stecknadelkopfgroßen Stellen durchbrach. Der aus den beiden Fisteln sich entleerende Eiter enthielt ebenso wie das auffallend reiche Sekret der Urethra massenhaft Gonokokken. Obwohl nach Inzision des Abszesses unter antiphlogistischer Behandlung derselbe rasch abheilte und die Inzisionswunde gut vernarbt war, blieb trotzdem das Fieber bestehen, indem morgens normale, beziehungsweise subnormale Temperaturen mit hohen von 39—40° am Nachmittage abwechselten, die Temperaturen demnach ganz den Typus der Fieberkurve bei septischen Prozessen zeigten. Die genaue Untersuchung des Patienten ergab keinen Anhaltspunkt für das hohe Fieber. Es handelte sich um eine Urethritis acuta der vorderen Harnröhre, Prostata und Nebenhoden zeigten keinerlei objektive oder subjektive Veränderungen. Auch

Digitized by Google

der somatische Befund beim Patienten war normal, insbesondere war die Funktion des Herzens und der Gelenke intakt. Etwa in der dritten Woche nach Auftreten der Gonorrhoe begann Patient über stechende Schmerzen unterhalb des rechten Kniegelenkes zu klagen; objektiv konnte anfangs keine sichtbare Veränderung festgestellt werden. Es bestand einzig und allein eine hochgradige Druckschmerzhaftigkeit an einer zirkumskripten Stelle, die topographisch-anatomisch der Tuberositas tibiae entsprach. Das Kniegelenk war unverändert, in seiner Beweglichkeit in keiner Weise gestört. Die Schmerzhaftigkeit ging unter Einreibungen mit Unguentum Credé und essigsauren Tonerde-Umschlägen nicht zurück, wurde im Gegenteil immer intensiver, und nach einigen Tagen sah und tastete man deutlich über der genannten Stelle an der Tibia eine etwa taubeneigroße, fluktuierende Geschwulst, über welcher die Haut verschieblich, in ihrer Farbe unverändert erschien. Die Geschwulst wurde punktiert und mit der Punktionsspritze etwa 8 ccm dicker, gelblichbrauner Eiter entleert. Mikroskopisch fanden sich in dem fast ausschließlich aus polynukleären Leukozyten und Muzin bestehenden Eiter spärliche, in Gruppen intrazellulär gelagerte und Gram-unbeständige Diplokokken vom Charakter der Gonokokken. Da sich der Abszeß auch nach der zwei Tage später wiederholten Punktion von neuem wieder gefüllt hatte, wurde derselbe gespalten und tamponiert, worauf sich die Inzisionswunde nach kurzer Zeit schloß. Das Fieber und die Schmerzhaftigkeit schwanden sofort am Tage nach der Inzision.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß es sich in dem eben mitgeteilten Falle um eine gonorrhoische Entzündung jenes Schleimbeutels gehandelt hat, welcher genau an der Stelle der Tibia gelegen ist, wo bei dem Patienten die zirkumskripte Schmerzhaftigkeit und die fluktuierende Geschwulst auftrat, nämlich über der Tuberositas tibiae. Diese Bursa tuberositatis tibiae gehört zu den Schleimbeuteln, welche mit den Gelenken, in diesem Falle mit dem Kniegelenk, in keinem Zusammenhang stehen. Dementsprechend war und ist das betreffende Kniegelenk die ganze Zeit hindurch frei von krankhaften Veränderungen geblieben, und es war die Funktionsfähigkeit desselben niemals in irgend einer Weise gestört.

Was den Zeitpunkt des Auftretens von Gonokokkenmetastasen bei der Gonorrhoe des Mannes betrifft, so ist die Ansicht allgemein verbreitet, daß für gewöhnlich erst beim Übergreifen auf die Urethra posterior und auf die drüsigen Anhangsorgane des Penis die Propagation des Gonokokkus in die Blutbahn erfolgen könne, vor allem soll besonders die Erkrankung der Prostata die gonorrhoische Metastasenbildung begünstigen.

Warum in unserem Falle schon in den ersten Wochen nach der Infektion bei noch bestehender Urethritis anterior die Gonokokkeninfektion des Blutes und die Metastasenbildung in dem beschriebenen Schleimbeutel erfolgte, dafür gibt der Verlauf der Gonorrhoe bei dem Patienten genügende Aufklärung. Es handelte sich ohne Zweifel um eine Infektion der Harnröhre mit einem hochvirulenten Gonokokkus, dafür spricht die hochgradige entzündliche Schwellung der Harnröhrenschleimhaut und die mächtige Eitersekretion, vor allem aber das Vordringen der Gonokokken in das periurethrale Bindegewebe und das dadurch bedingte Auftreten

Digitized by Google

eines periurethralen Abszesses mit massenhaften Gonokokken im Abszeßeiter. Die ebengenannten Verhältnisse möchte ich in meinem Falle für das Auftreten der Gonokokkenmetastase verantwortlich machen, um so mehr als auch NOBL bei der Besprechung der Ätiologie der gonorrhoischen Metastasen (Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Bd. II) anführt, „daß dort, wo die gesteigerte Virulenz der Gonokokken für ihr leichteres Vordringen in den Säftestrom begünstigende Bedingungen schafft, die häufig gerade in diesen Fällen auftretenden schweren Lokalinfektionen im akuten Stadium der Gonorrhoe schon zu Metastasen führen können". Interessant ist schließlich auch die Tatsache, daß in unserem Falle die Gonokokkenmetastase in einem Schleimbeutel erfolgte, der unseres Wissens bisher noch nicht als Sitz einer gonorrhoischen Entzündung beschrieben wurde, eine Tatsache, die auch deshalb erwähnenswert erscheint, weil schon die oberflächlichen und tiefen Schleimbeutel des Kniegelenkes, die gerade sehr häufig der Sitz nichtspezifischer Bursitiden sind, sehr selten von der gonorrhoischen Infektion betroffen werden. So bietet unser Fall einer Bursitis gonorrhoica tuberositatis tibiae im Verlaufe einer durch einen periurethralen Abszeß der vorderen Harnröhre komplizierten Urethritis gonorrhoica anterior einen weiteren Beitrag zu den ziemlich spärlichen Literaturangaben über gonorrhoische Schleimbeutelentzündungen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

April 1915, Bd. 22, H. 4.

11. Über eine geschwulstartige Form des Lupus, von W. FISCHER-Berlin. Der Patient zeigt auf elefantiastisch verdickten Beinen gruppierte geschwulstartige, sich manchmal girlandenartig um narbige Gebiete anordnende, hell- bis braunrote Infiltrate. Distalwärts nimmt der tumorartige Charakter der Effloreszenzen ganz bedeutend zu. Auf der Höhe derselben kleine zentrale, sezernierende Erosionen. Pirquet, Tuberkulininjektion und Tierversuch fielen positiv aus. Die histologische Untersuchung stützte die Diagnose. Nach Ansicht des Verfassers hat die mit der Hauttuberkulose vergesellschaftete Elefantiasis die klinische Eigenart des Falles bedingt.

12. Syphilitische Primärsklerose auf dem harten Gaumen, von E. BJÖRLING-Malmö. Die 33jährige Hebamme hatte sich die Affektion in ihrem Berufe zugezogen, da sie veranlaßt war, öfter Schleim aus dem Munde Neugeborener mit einem Katheter aufzusaugen. Der Primäraffekt saß auf dem Platz am harten Gaumen, wo der Katheter während des Aufsaugens berührte.

13. Kongenitale familiäre hereditäre Alopezie auf der Basis eines Hypothyreoidismus, von HJALMAR PETERSEN-Kopenhagen. Die zahlreichen Mitglieder dieser Familie werden mit normalem Haarwuchs geboren, im 2.—4. Jahre beginnt der Haarausfall. Der Nachwuchs wird stets heller, dünner und kürzer, zuletzt farblos. Die Erkrankung endet im Pubertätsalter mit völliger Kahlheit. In einigen Fällen wird durch

Digitized by Google

Thyreoidin ein Erfolg erzielt, weshalb der Verfasser auch einen Defekt der endokrinen Sekretion annimmt.

14. Über den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum zur Desinfektion der Harnwege, von J. Schumacher-Berlin. Der Verfasser weist auf die mangelhafte bakterizide Wirkung des Oxyzyanates hin, welche durch den Mangel freier Metallionen bedingt ist. Lösungen mit Albargin, Chinosol, naszierendem Jod und später mit Resorzin sind vorzuziehen, um so mehr als das Hg-Salz hochtoxische Eigenschaften besitzt.

15. Längenmessung der weiblichen Urethra, von Lony Salmony-Mannheim. Die Messungen ergeben Differenzen zwischen 2,25 und 5,75 cm.

16. Zur Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten, von E. Hoffmann. Eingehen auf die Mittel gegen die Filzlaus, Kopflaus und Kleiderlaus. Gegen die Geschlechtskrankheiten werden Belehrung, Überwachung der Prostitution und die Prophylaxe empfohlen. Für letztere werden das Präservativ, Kalomelschutzsalbe und 5%ige Albargininstillationen angeraten.

Mai 1915, Bd. 22, H. 5.

17. Der heutige Stand der Salvarsanbehandlung der Syphilis, von Scholtz-Königsberg. Salvarsan übertrifft bei Syphilis das Quecksilber in seiner Wirkung, nicht bloß bei Behandlung der spezifischen Erkrankungen der Haut, sondern auch bei denen innerer Organe. Bei der quartären (Meta- oder Para-) Syphilis, speziell der Paralyse, Tabes und Aortitis syphilitica ist die Wirkung zweifelhaft. Zur Kontrolle der Kur dient die WR. In der Mehrzahl der nur symptomatisch behandelten Fälle tritt mit oder ohne klinische Erscheinungen ein serologischer Rückfall ein. Eine Heilung ist anzunehmen, wenn nach einer spezifischen Kur ein dauernd negatives Verhalten des Blutes, sowie ein Freibleiben von irgend welchen spezifischen Symptomen vorliegt. Die Behandlung hat mit der Salvarsanvergiftung zu rechnen, welche vielleicht auf einer besonderen Disposition der Syphilitiker beruht. Bevorzugt wird eine kombinierte Salvarsan-Hg-Kur. An zwei aufeinander folgenden Tagen werden meist drei Injektionen ausgeführt. Bei jeder 0,2—0,3, so daß der Kranke gewöhnlich 0,7—0,8 Salvarsan innerhalb der beiden ersten Behandlungstage erhält. Gleichzeitig wird eine sechswöchige Hg-Kur durchgeführt und mit einer gleichen Salvarsanbehandlung abgeschlossen. Ist die WR in vier Wochen wieder positiv, dann wird noch ein drittes Mal Salvarsan appliziert. Eine Heilung in obigem Sinne trat bei 93% I., bei 85—90% II. und bei 75% III. Lues ein.

18. Über die Anwendung des synthetischen Kampfers in der Dermatologie, von R. Kaufmann-Frankfurt. Ein Vin. camph. synth. wurde mit Erfolg gegen Ulcus cruris, phagadänischen Schanker, ulzeröse Bubonen und Furunkel angewandt. Bei der äußeren Anwendung ergab sich jedenfalls kein Unterschied im Vergleich mit dem natürlichen.

19. Beitrag zur Kenntnis seltener Nagelkrankheiten, von James Strandberg-Stockholm. Im ersten Falle trat die Nagelveränderung im 18. Jahre auf. Die Nagelsubstanz verschmälerte sich von der Matrix nach dem freien Rande zu sich verjüngend. Zwischen dem Nagel und dem Falze lag das stark verhornte Nagelbett frei. Der Nagel hatte an Substanz erheblich zugenommen und erweckte die Ähnlichkeit mit einer Klaue. Beim zweiten Falle sind wie im ersten alle Zehen- und Fingernägel befallen, hier aber von normaler Form, aber von schmutzig grauer Farbe, ungefähr als wenn sie durch anhaltenden Sublimatgebrauch mißfarbig geworden wären. Ein ätiologischer Anhalt war nicht zu gewinnen.

20. Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Hans Lieske-Leipzig. Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Ausfüh-

Digitized by Google

rungen zu dem Schluß, daß der vom Gesetze betriebene Kampf gegen die wissentlichen Verbreiter der Geschlechtskrankheiten ohne greifbares Resultat enden wird.

Juni 1915, Bd. 22, H. 6.

24. Über einen Fall von Naevus epitheliomatosus sebaceus capitis, von W. Friboes-Rostock. Der Fall betrifft einen 16jährigen Menschen, bei welchem der Nävus angeboren hinter dem Ohre im behaarten Terrain auf der rechten Seite des Schädels saß. Er besteht klinisch in einem flachen, höckrigen, rötlich-gelblich-bräunlichen, aus kleinen, linsengroßen, zum Teil gedellten Papelchen zusammengesetzten Tumor, der keine Neigung zu Wachstum oder maligner Umwandlung hat. Der histologische Aufbau zeigte reichliche große Talgdrüsen und relativ wenig abortive Haaranlagen und Epithelsprossen.

22. Über einen Fall von Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chronica, welcher die drei Typen der Parapsoriasis vereint, von Werther-Dresden. Es werden vier Fälle beschrieben, bei welchen es sich um ein chronisches Exanthem handelt. Eine Abheilungstendenz besteht, aber durch fortwährende Nachschübe wird eine definitive Rückbildung verhindert. Abgesehen von Brennen und Jucken bestehen keine Störungen des Allgemeinbefindens. Das Exanthem befällt den ganzen Körper, an Armen, Händen, Fußsohlen und Ohr symmetrisch und auch die Schleimhaut des Gaumens und der Zunge. Die verschiedenen Formen des Exanthems sind zunächst Knötchen. Gewöhnlich polygonal begrenzt, besitzen sie wachsartigen Glanz, am Rücken gitterartig angeordnet, sind sie oft sehr flach und bilden einen Übergang zu Flecken. Anfangs gelbrot, sinken sie dann ein, werden braun und zeigen das Phänomen der seidenpapierartigen Knitterung der Oberfläche. Sie verschwinden nach Monaten vollständig. An den Fingern imponieren sie nur als schuppende, weizengroße Flecke. Scheiben, in der Größe von 5—10 Pfennigstücken, in regelmäßiger, netzförmiger Anordnung an den Extremitäten, wenig erhaben, nie nässend, glatt kleienförmig abschuppend, ähnelten sie einem psoriasiformen Ekzem. Erythrodermien im Gesicht, am Kopf, Rücken und den Extremitäten bildeten blaurote leicht infiltrierte, zart schuppende, nicht scharf begrenzte Flächen, wobei mitunter am Rande kleinere Elementareffloreszenzen bestehen. Eine Labilität der Blutgefäße äußert sich außer in Brennen und Jucken in starkem Dermographismus, Blutandrang, brennenden Erythemen von kurzer und bläulichen Erythemen von chronischer Dauer. An Händen und Füßen traten Hyperkeratosen, am Körper unregelmäßige Pigmentverschiebungen auf. Die lichenoiden Effloreszenzen werden mit der Zeit durch vollkommen normale Haut ersetzt. Die Erythrodermien hielten sich monatelang, die scheibenförmigen Infiltrate jahrelang, und die Hyperkeratosen hielten sich dauernd. Histologisch ergibt sich eine entzündliche Hyperämie der obersten Hautschichten mit etwas Ödem und Schwund der elastischen Fasern und schließlich Degeneration des Epithels. Zu Anfang daher die Schwellung, später als Folge der Degeneration, Abschuppung und Verdünnung der Oberhaut und des Elastins, die feine Rundung der Oberfläche. Es folgt eine eingehende Besprechung der Differentialdiagnose und Begründung der vom Verfasser vertretenen Auffassung.

23. Ein Beitrag zur Deutung der Herxheimerschen Fasern in der Epidermis, von Elsa Kottmaier-Frankfurt. Die Verfasserin hält die Herxheimersche Faser für ein Stück der Zellmembran, welche unter dem schrumpfenden Einfluß irgend eines Reagenz in Spiralenform sich legt. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 2.

Experimentelle Beiträge zur Dermatomykosenlehre, von Inga Saeves-Christiania. Die Arbeit beschäftigt sich zunächst mit der Trichophytiekrankheit der Meerschweinchen nach der ersten Inokulation (Inkubationszeit); der zweite Abschnitt mit dem Verhalten bei wiederholten Trichophytieimpfungen beim Meerschweinchen. Weiter werden Versuche, die Abderhaldensche Methode zur Erklärung der Immunitätserscheinungen bei der Trichophytie zu verwerten, besprochen. Hierauf folgen Bemerkungen über das Verhalten nicht tierpathogener Myzelpilze auf der Tierhaut. Das folgende Kapitel befaßt sich mit Besprechungen und Versuchen von hämatogenen Trichophytieinfektionen bei Normaltieren, bei Immuntieren, sowie mit der Histologie derselben. Schließlich bespricht der Verfasser noch eine besondere Form beim Menschen, die korymbiforme lichenoide Trichophytie. Während der Inkubationszeit der Meerschweinchentrichophytie (Ach. Quinke und Tr. gips.) sind immer durch Kultur oder mikroskopisch Pilze nachweisbar, die entzündlichen Erscheinungen sind gering, bis durch die sich entwickelnde Überempfindlichkeit die starke „eliminierende" Entzündung zustande kommt. Bei Reinokulation wird eine Modifikation des Verlaufs immer beobachtet, eine wirklich vollständige Immunität nur ausnahmsweise nach häufigen Impfungen, indem es nach verkürzter Inkubation zu einer schnell einsetzenden und ablaufenden Reaktion kam, bei welcher gewöhnlich Pilze vorhanden waren. Der Befund spricht für eine auf der Haut erfolgte Vermehrung. Eine vollkommene Immunität konnte nicht erzielt werden. Nach Ablauf der Reinokulation kommen periphere pilzhaltige Knötchen in korymbiformer Anordnung vor. Die Versuche, im Serum trichophytin-allergischer Menschen nach Abderhalden trichophytinabbauende Fermente nachzuweisen und Untersuchungen mit Substraten aus Meerschweinchenhaut, welche entscheiden sollten, warum manche Pilze für die Tierhaut nicht pathogen sind, führten zu negativen Ergebnissen. Dagegen wurde ein Meerschweinchenblutsubstrat von einer Pilzaufschwemmung des tierpathogenen Trichophyton gipseum stark, von anderen schwach abgebaut. Inokuliertes Trichophyton inquinale und Mikrosporon Audouini ergab noch 10—15 Tage später positive Kulturen, so daß ein rasches Zugrundegehen dieser Pilze nicht vorliegt und auch nicht die Ursache ihrer mangelnden Pathogenität sein kann. Durch intrakardiale Injektion von Pilzsporen gelang es, disseminierte hämatogene Trichophytiehautherde zu erzeugen, welche denen durch Inokulation erzeugten vollkommen glichen und allergische Erscheinungen bewirkten. Die intrakardialen Injektionen führten entweder eine schnelle Abheilung pilzhaltiger Knötchen oder atypische Herde herbei.

Nachtrag zu meiner Arbeit: Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus, von Joh. Fabry-Dortmund. Der bereits 1904 publizierte Fall erliegt einem strikturierenden Ösophaguskarzinom. Sektionsbefund.

Über zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (großknotige Form der Neurodermitis Brocq), von Joh. Fabry-Dortmund. Dieser Fall wurde zunächst als Urticaria papulosa perstans gedeutet, indessen die histologische Untersuchung ergab die Zugehörigkeit zu den Neurodermitiden.

Beitrag zur Frage der Basalzellengeschwülste der Haut, von J. Kyrle-Wien. Die Epidermis von Hautpartien, in welchen ein ausgeprägter Follikelapparat vorherrscht, ist in besonderem Maße für zwei Aufgaben geschaffen. Einmal fungiert sie als Deckepithel, und in dieser Eigenschaft muß die Basalschicht Hornsubstanz bilden. Zweitens ist sie die Matrix für postfötale Talgdrüsenbildung, und in dieser Eigenschaft proliferiert sie in drüsenähnlichen Schläuchen, indem sie keine Umbildung ihrer Elemente zu Hornzellen zeigt. Je nachdem die eine oder andere in Tumorwachstum gerät, erhalten wir

Digitized by Google

verhornende Plattenepithelkrebse oder Basalzellentumoren. Hiermit erklärt sich, warum der größte Teil dieser Tumoren im Bereiche des Gesichtes und des Schädels sitzt.

Das Blutbild bei der chronischen und akuten Form des Lupus erythematodes, von Spiethoff-Jena. Beziehungen zum Blutbild bei Tuberkulose.

Knötchenförmige Erkrankung am Helix (Chondrodermatitis nodularis chronica helicis), von Max Winkler-Luzern. Bericht über acht Fälle einer Affektion, welche in Form kleiner bis kirschkerngroßer flacher Knötchen an den prominten Stellen der Ohrmuschel sitzt. Die Konsistenz ist derb, die Ränder leicht erhaben, das Zentrum mit einer fest anhaftenden Kruste bedeckt, von der Farbe der umgebenden Haut und etwas durchscheinend. Nach Entfernen der Kruste zeigt sich eine kleine, scharf begrenzte Ulzeration mit rotem Grunde, etwas unterminierten Rändern. Das Knötchen sitzt fest auf der Unterlage auf und zeigt zeitweise stärkere entzündliche Veränderungen, welche den Patienten Schmerzen bereiten. Sie treten spontan auf und gehen auch wieder von selbst zurück. Histologisch handelt es sich um eine Verbreiterung der Epidermis, mitunter mit gleichzeitiger Hyper- und Parakeratose. In der Kutis Abszeßbildung mit Schwund elastischer Fasern. Am Knorpel Zeichen von Degeneration. Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie das Epitheliom in Frage, mit welchem mitunter ziemliche Ähnlichkeit bestehen kann, ferner persistierende Pernionen. (Laien bezeichnen die Veränderung auch als Gichtknoten des Ohres. Ref.) Obwohl die Affektion sich auch von selbst beruhigt, wird therapeutisch die Exzision zur Erzielung eines dauernden Erfolges empfohlen.

Impfversuche an Affen mit dem Gonokokkus Neisser, von John Reenstierna-Stockholm. Affen, welchen sehr gonokokkenreiches Urethralsekret in den Konjunktivalsack eingerieben wurde, blieben ohne jede Reaktion. In gleicher Weise applizierte Kulturen ergaben keine oder nur unbedeutende entzündliche Symptome. Wurden die Kulturen auf einem mit Affenorganextrakt versetzten Substrat gewonnen, so trat bei dieser Behandlung eine lebhafte Konjunktivitis auf, aber keine Vermehrung der Gonokokken.

Ein Fall von Angiokeratoma corporis diffusum, von Gustav Stümpke-Hannover. Der 28jährige Patient hat seit 14 Jahren die Affektion, welche zunächst an der Innenfläche des Oberschenkels auftrat, dann aber auch an verschiedenen Stellen des Körpers. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

Zwei beachtenswerte Fälle von Syphilis im Hinblick auf extragenitale Infektion und deren Prognose, von Jean und Else Kottmaier. Es handelt sich um zwei Fälle schweren Verlaufes, wobei der eine zum Exitus kommt, der andere sich erholt. Die Ursache der schweren Symptome soll in einem raschen Eindringen der Spirochäten in die Blutbahn begründet sein. Hierzu dürfte extragenital mehr Gelegenheit gegeben sein wie an den Genitalien. Im ersten Falle fehlte eine Drüsenschwellung, während sie im zweiten vorhanden war. Die Beteiligung der Lymphdrüsen am Kampf gegen die Lues soll den günstigen Ausgang bedingen.

Neurodermitis verrucosa, von C. Kreibich-Prag. Das Leiden betrifft einen 60jährigen Mann, entwickelte sich mit lebhaftem Jucken an den Zehen, am Unterschenkel, in der Unterbauchgegend, am Skrotum und in den Interkruralfalten. Es kam zu einer warzigen Verdickung der Haut mit starker Felderung. Histologisch fand sich eine hochgradige Akanthose über einer entzündlich infiltrierten Kutis.

Keratohyalin, von C. Kreibich. Keratohyalin stammt aus dem Zellkern und wird unter Vermittlung des Nukleolus ausgeschieden. Wahrscheinlich ein Gemisch aus Chromatin und Nukleolin, wird es in seinen färberischen Eigenschaften sowohl durch das Protoplasma als auch durch seine Zusammensetzung beeinflußt. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, 18. Jahrg., Nr. 4—6.

Über vier Fälle von Pityriasis lichenoides chronica, von Willy Cohn-Berlin. Die beobachteten Fälle betrafen sämtlich Männer. Im ersten Fall entwickelte sich der Ausschlag nach einem Seifenbade, mit Ausnahme des behaarten Kopfes war er über den ganzen Körper verbreitet. Der Ausschlag des zweiten Patienten lokalisierte sich auf die Achselfalten, die Extremitäten, die lateralen Rumpfpartien und die Genitalgegend. Ein dritter litt vorher an einem Bubo, welcher operiert wurde, der Ausschlag verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Beim vierten bestand die Dermatose seit drei Jahren und war mit Ausnahme des Gesichtes über den ganzen Körper verbreitet. Die Effloreszenzen bestanden aus braunroten bis braungelblichen Flecken oder gleichfarbigen leichtschuppenden Papeln. Die histologische Untersuchung einer solchen ergab eine geringe Verdickung der Hornschicht und um die Gefäße spärliche Rundzelleninfiltrate. Therapeutische Versuche mit Verwendung von Neosalvarsan und Ringerscher Lösung verliefen resultatlos.

Zur Kenntnis der Polyneuritis syphilitica, von A. Pinczower-Kattowitz. Bei dem Patienten wurde im Januar 1911 der Primäraffekt bemerkt, nach $3^1/_2$ Wochen Dolores capitis und Arthritis, sowie geringer Temperaturanstieg. Im März und April dieses Jahres zwei Salvarsan- und zwei Hg-Injektionen, November 1913 ein Gumma der Kniekehle, durch Jodkali beseitigt, September 1914 vereinzelte Hautgummen, 0,3 Neosalvarsan, Oktober Neuralgien beider Arme. Eine hiergegen applizierte Neosalvarsanlösung (0,15) bewirkte eine Steigerung der neuralgischen Schmerzen. Im November besonders Neuralgien im Plexus lumbalis, Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk unmöglich. Eine Besserung wurde mit Chinin und einer Jodthionschmierkur erzielt. Der Verfasser kommt zu folgendem Schluß: wird durch eine Salvarsaninjektion eine Neuritis ausgelöst, so ist von einer Wiederholung der Injektion entschieden abzuraten. Sie führt keine Heilung, sondern Verschlimmerung und Ausbreitung auf noch nicht befallene Nervenstämme herbei. H. Vörner-Leipzig.

Lepra. Bibliotheca internationalis.

Bd. 15, H. 2, S. 63.

3. Neue Untersuchungen über experimentelle Lepra des Kaninchenauges, von R. Stanziale. Material aus Knoten menschlicher Lepra wurde auf die Iris des Kaninchens verimpft. Die Iritis leprosa war vom 3.—5. Monat nach der Impfung gut entwickelt. Die Virulenz war ausdauernd für eine Reihe von Passagen. Die Übertragung auf Nährböden gelang, indem das von der Iritis entnommene Material besonders auf Geloseröhrchen tuberkelbazillenähnliche Kulturen entwickelte. Bezüglich der sonstigen Wachstumsverhältnisse, sowie der mikroskopischen Eigenschaften der stark säurefesten Bazillen kommt Stanziale zu den gleichen Ergebnissen, welche schon Kedrowski 1903 (Ztrbl. f. Bakt.) und 1910 (Ztschr. f. Hyg.) mitgeteilt hat. Der Arbeit sind Abbildungen von Kulturen, von einer Iritis leprosa des Kaninchens im vierten und fünften Monat der Impfung, sowie von Deckglasfärbungen, deren Material aus flüssigen und festen Nährböden stammt, beigegeben. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie, von J. Hirschberg-Berlin. (Zbl. f. Aughlk., Juni 1914.) Aus dem im Druck befindlichen Werke Hirschbergs: „Englands Augenärzte" (1800—1850) gibt der Verfasser einen ganz knappen Rückblick über die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie im Vergleiche von damals zu jetzt. Lawrence und andere waren in den Jahren 1840—1845 zu einer Statistik gelangt, in der bei 14 Fällen von blennorrhoischer Ophthalmie neunmal das Sehvermögen verloren ging und dreimal in vermindertem und zweimal in vollem Grade erhalten wurde, d. h. eine Heilung in 15%. Demgegenüber stellen sich die Zahlen, die Hirschberg mit Hilfe von Fehr zusammenzustellen vermochte, so erfreulich, daß gegenüber den 15% Heilungen der alten Ärzte wir nur 17% Verluste hatten. Dieses günstige Resultat haben wir nach Hirschberg der unentwegten örtlichen Behandlung zu danken. Es kam zustande in 71,7% vollkommener Heilung in 11,3% solche mit brauchbarer Sehschärfe, und in 17% mit schlechter Sehschärfe resp. Erblindung. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich nicht ganz fünf Wochen. Die Behandlung selbst besteht bei strenger Bettruhe in Eisumschlägen, in stündlichen, Tag und Nacht fortgesetzten Irrigationen mit Kalium permang.-Lösungen, täglichem kräftigen Pinseln mit 1%iger Arg. nitr.-Lösung und Einstreichen von Atropin- und Lenizetsalbe zum Schutze der Hornhaut. Das andere gesunde Auge wird durch eine Zelluloidschutzkapsel geschützt.

O. Lasch-Breslau.

Zur Immunotherapie der akuten Blennorrhagien, von Paul v. Szily-Budapest. (B. kl. W., 1914, Nr. 24.) Verfasser hat Ophthalmoblennorrhoen sowohl Erwachsener wie Neugeborener durch aktive Immunisierung günstig beeinflußt. Er benutzte Gonokokkenkulturen, die mit dem Serum der Blennorrhoiker, bei Neugeborenen mit dem der Mütter, sensibilisiert waren. Trotz der starken Dosierung (bei allen Fällen fast täglich 1 ccm = sämtliche Keime einer ganzen Kultur) sind die Reaktionen gering gewesen. Der einzige Nachteil war die schmerzhafte Infiltration, die die Einspritzung verursacht, die aber nie zu einer Eiterung kam und binnen 24—48 Stunden zusammenschmilzt.

E. Klemm-Leipzig.

Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica mit Äthylhydrokuprein, von Elena Puscariu. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 17.) Rasche Heilerfolge durch Eintropfen einer 1—2%igen Lösung. W. Lutz-Basel.

Metastatische blennorrhoische Konjunktivitis, von N. Manolescu-Bukarest. (Rev. stiintzelor m., 1913, Nr. 6.) Außer der gewöhnlichen blennorrhoischen Infektion der Konjunktiva, welche durch direktes Übertragen der blennorrhoischen Sekretion auf die Augenbindehaut hervorgerufen wird, existiert noch eine andere Konjunktivitis, die ihr Auftreten demselben pathogenen Keime verdankt, deren Entstehen aber auf endogenem Wege stattfindet. Der nähere Modus dieser Infektionsart ist noch nicht näher bekannt und während einige die betreffende Konjunktivitis auf die Einwirkung der blennorrhoischen Toxine aus dem Blute zurückführen, andere eine gemischte Entzündung annehmen, neigen wieder andere zur Annahme einer direkten blennorrhoischen Metastase hin, analog den Metastasen, die im Laufe der Blennorrhoe im Knie- und anderen Gelenken auftreten. Sicher ist, daß man bei dieser Erkrankung keine Gonokokken im Konjunktivalsekrete findet, obwohl die Möglichkeit, daß solche gegebenenfalls aus dem Subkonjunktivalgewebe in den Bindehautsack auswandern, nicht ausgeschlossen ist.

Digitized by Google

Symptomatisch unterscheidet sich die metastatische blennorrhoische Konjunktivitis von dem akuten Trachom durch die stärkere Beteiligung der Bulbarkonjunktiva, durch den leichteren Verlauf und die geringeren Symptome und gleichzeitiges Bestehen von Gelenkaffektionen. Der Verfasser beschreibt derartige Fälle eigener Beobachtung aus der Bukarester Augenklinik. Die Behandlung bestand in antiseptischen Waschungen und Einträuflungen von Protargol- oder Zincum sulfuricum-Lösung. E. Toff-Braila.

Behandlung der Konjunktivitis blennorrhoica mit Äthylhydrokuprein, von Elena Puscariu-Bukarest. (Semaine méd., 1914, S. 249.) Äthylhydrokuprein ist ein Derivat des Chinins und spezifisch für Pneumokokken. Verfasserin hat es in 2%iger Lösung bei Augentripper angewandt. Bei ganz frischen und bei abheilenden Fällen trat in 3—4 Tagen die Heilung ein. Bestanden die Symptome schon mehrere Tage, so dauerte die Behandlung 10—14 Tage. R. Frühwald-Leipzig.

Iritis und Arthigon, von Hans Kreibich-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 49.) In einer Reihe von Fällen von als blennorrhoisch anzusprechender Iritis, von denen 13 kurz mitgeteilt werden, hat Verfasser Arthigon Bruck intravenös in ziemlich hohen Dosen gegeben und bei völliger Gefahrlosigkeit ganz überraschende Erfolge erreicht. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten vollkommen, auch lokale Steigerung der Entzündung ist nicht nachweisbar gewesen, trotzdem bis zu $2^1/_2$ ccm injiziert wurden. W. Lehmann-Stettin.

Die Blennorrhoe beim Weibe, von R. de Buttler d'Ormont. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 131.) Der Artikel enthält eine allgemeine Übersicht über die Klinik, Diagnose und Therapie des Trippers beim Weibe. A. Gunsett-Straßburg.

Bedeutung und Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe mit besonderer Berücksichtigung des akuten Stadiums, von Emil Lontos-Budapest. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 1.) Verfasser injiziert bei akuter Urethralblennorrhoe des Weibes jeden zweiten Tag 5%ige Protargollösung. Die Behandlung der Gebärmutterhöhlen geschieht im akuten Stadium durch 1—2 Minuten lange Einführung einer Sängerschen Sonde mit 10%iger Protargollösung. Bei der chronischen blennorrhoischen Endometritis ist besonders vor einem „zu viel" in der Behandlung zu warnen. Verfasser empfiehlt antiseptische Scheidenspülungen und Bepinselungen der Zervikal- und Uterushöhlen mit 10—15%iger Protargollösung. Bei Folgeerscheinungen der Blennorrhoe an Uterus und Adnexen soll man möglichst lange konservativ mit Heißluft und Massage behandeln. O. Valentiner-Leipzig.

Blennorrhoische Krankheiten der weiblichen Genitalien, von Erik Pontoppidan-Kopenhagen. (Ugeskrift för Laeger, 1914, Nr. 9.) Durch vergleichende Untersuchungen konstatiert Verfasser, daß von 303 Fällen von Endometritis blennorrhoica 55 Kranke Salpingitis oder Oophoritis bekamen. a) 157 intrauterin energisch behandelte Endometritische- 27 Salpingitis (= 17,20%); b) 156 nicht intrauterin- 28 Salpingitis (= 19,18%). Von den „relativ" Geheilten (d. h. nach zwei Untersuchungen Gonokokkenfreien) war die Dauer bis zur „Heilung": a) 149 intrauterin Behandelte durchschnittlich 34 Tage; b) 138 nicht intrauterin 32 Tage. Resümee: Die intrauterine Behandlung der blennorrhoischen Endometritiden hat keine erweisliche Bedeutung für die Entstehung von Salpingitis oder andere Adnexerkrankungen; diese kommen in demselben Umfang bei exspektativ Behandelten vor. W. Holland-Kristiania.

Die Verwendung der Gonokokkenvakzine bei blennorrhoischen Frauenleiden, von Ernst Runge. (B. kl. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser stellt die Anschauungen der einzelnen Verfasser zusammen und kommt selbst zu folgenden Schlußfolgerungen: in bezug auf den diagnostischen Wert der Gonokokkenvakzination schwanken die Meinungen noch sehr. Fast mag es scheinen, als fänden sich mehr Feinde als Anhänger. Der

Digitized by Google

therapeutische Wert der Vakzination scheint dagegen kein schlechter zu sein. Die Vakzination bedeutet einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der konservativen Behandlung blennorrhoischer Adnexentzündungen. Keinen Erfolg hat die Vakzination anscheinend nach den Erfahrungen aller Verfasser bei akuten Prozessen der Urethra, der Zervix und des Corpus uteri. G. Heymann-Elbing.

Über Vakzinebehandlung der Blennorrhoe und blennorrhoischen Komplikationen beim Weibe, von T. J. Holmström. (Finska Läkare sällsk. Handlingar, Bd. 56, August 1914.) Verfasser gibt zuerst eine kurze Übersicht der Resultate, zu denen man mit verschiedenen Seris und Vakzinen bei Blennorrhoe gekommen ist. Er hat selbst in 60 Fällen von chronischer Blennorrhoe und damit in nächstem Zusammenhange stehenden Komplikationen bei Frauen die Vakzinewirkung geprüft. Hierzu hat er sich des Arthigons, des Gonargins, sowie eines englischen Vakzinepräparates bedient. — Er ist zu der Auffassung gelangt, daß die Gonokokkenvakzine mit bestem Resultate auf subakute und chronische blennorrhoische Adnexerkrankungen, danach auf subakute und chronische Zervizitis, und in dritter Reihe auf subakute und chronische Endometritis einwirke. Äußerst unsicher, wenn überhaupt festzustellen, sei der Einfluß auf subakute und chronische blennorrhoische Urethritis. Auf schwere blennorrhoische Komplikationen im nächsten Zusammenhange mit dem genitalen Leiden und bei blennorrhoischer Arthritis scheine die Vakzine einen durchaus nicht so unbedeutenden Einfluß zu haben; wegen zu weniger Fälle kann Verfasser doch hier keine entschiedene Meinung äußern. Was die verschiedenen Präparate angeht, scheint es als ob keins den Vorzug vor dem anderen verdiene. Zuletzt schlägt Verfasser vor, daß man Autovakzinen benutzen sollte, indem er glaubt, hierdurch noch bessere Resultate erreichen zu können. W. Holland-Kristiania.

Erfahrungen mit dem Antigonokokkenvakzin von Nicolle und Blaizot, von P. Bar und Lequeux. (Bull. méd., 1913, Nr. 100.) Verfasser haben ausgezeichnete Resultate bei blennorrhoischer Salpingitis gesehen. Ein Kind mit Ophthalmie war in zwei Tagen geheilt. Das Mittel ruft keine üblen Nebenerscheinungen hervor. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage über die Behandlung der chronischen blennorrhoischen Salping-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin, von N. A. Mussatow. (Zbl. f. Gynäkol., 1913, Nr. 40.) Die von Zweifel empfohlene intrauterine Injektion 2%igen Argentamins wirkt auf die chronische blennorrhoische Adnexitis durch Hervorrufung einer aktiven Hyperämie der ganzen inneren Geschlechtssphäre. Die Erfolge sind sehr zufriedenstellend. Eine chirurgische Hilfeleistung war nur in 5,5% (7% bei Zweifel) nötig. O. Valentiner-Leipzig.

Ionisierungsverfahren bei venerischen Erkrankungen, von A. Savill-London. (Brit. m. J., 14. Febr. 1914.) Zu dem Artikel von Connell bemerkt Verfasserin in einer kurzen Mitteilung, daß sie bei früherer Gelegenheit schon auf den Wert der Ionisierungsmethode bei blennorrhoischer Erkrankung der Harnröhre beim Weibe und des Zervikalkanals hingewiesen hat; sie zitiert einen besonders beachtungswerten, von ihr in dieser Weise erfolgreich behandelten Fall. A. Philippi-Salzschlirf.

Blennorrhoe und blennorrhoische Komplikationen bei einem Säugling, von F. Reinhard-Düsseldorf. (M. m. W., 1914, Nr. 9.) Einem Ehepaar, das vom Verfasser eine Zeitlang wegen zweifelloser Blennorrhoe der Harnröhre, resp. der Scheide und Bartholinitis behandelt worden war und nach Beseitigung der subjektiven Beschwerden und des Ausflusses sich der weiteren Beobachtung entzogen hatte, wurde rechtzeitig ein kräftiges, anscheinend ganz gesundes Kind geboren. Die mit Argentum nitricum nach Credé behandelten Augen blieben dauernd gesund, aber am zwölften Lebenstage

Digitized by Google

wurde Verfasser gerufen, weil sich aus dem Penis des Kindes Eiter entleert hatte. Im weiteren Verlauf entwickelten sich Komplikationen in Gestalt einer typischen Epididymitis erst der einen, dann, gelinder, der anderen Seite; schließlich trat eine heftige Entzündung eines Kniegelenks hinzu, und das Kind starb nach eben vollendetem ersten Lebensmonat. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum, von Max Strassberg-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 25, S. 889.) Zur Verwendung kamen einmal Brucks Artigoninjektionen und zwar intramuskulär, und außerdem die von dem gleichen Verfasser empfohlene Kaviblenstäbchentherapie. Die erste erwies sich für den Anfang der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum unzweckmäßig, im späteren Verlaufe dagegen schien sie wirksamer zu sein. Die Kaviblentherapie brachte in manchen Fällen Sekretion und Gonokokken bald zum Schwinden, in anderen konnte sie die fortwährend auftretenden Rezidive nicht verhindern. H. Vörner-Leipzig.

Über die Prognose der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum, von B. Pontoppidan-Kopenhagen. (Hospitalstidende, 1915, Nr. 4.) Der Verfasser hat sämtliche im kommunalen Krankenhaus, 4. Abteilung, seit 1896, und im Rudolf Berghs-Krankenhaus seit 1906 behandelten Fälle (zusammen 779) als Unterlage benutzt. Von Komplikationen fanden sich: Bartholinitis 24 mal, Proktitis 10, Blennorrhoea neonatorum 7, Arthritis 7, Salpingitis 5 und Endometritis 1 mal. Im Laufe der letzten 7 Jahre hat Verfasser Nachrichten über 79 Kranke (22%) erhalten. Von 318 Kranken, die in den Jahren 1907—1913 eine abgeschlossene Behandlung erhalten hatten, ist die große Mehrzahl nur einmal eingelegt worden, 43 zweimal, 6 dreimal, 1 viermal und 3 fünfmal. Die weit überwiegende Zahl der Kranken stammt aus der sozial am schlechtesten gestellten Bevölkerung. Das Alter schwankt zwischen wenigen Monaten und 14 Jahren, mit dem Maximum im zweiten Jahre. Die Behandlung bestand wesentlich aus Silberpräparaten (Lapis, Protargol u. a.). Der Verfasser kommt zu dem Resultat, daß die Krankheit gewöhnlich mit dauernder Heilung endet und daß man nicht annehmen darf, das Leiden werde in das höhere Alter geschleppt. W. Holland-Kristiania.

Vakzinetherapie der blennorrhoischen Vulvovaginitis, von W. R. Jack. (Glasgow m. J., August 1913.) Verfasser hat bei sechs Kindern mit Vulvovaginitis Injektionen einer polyvalenten Gonokokkenvakzine angewendet; die Dosis betrug 5—7—10—20 Millionen Gonokokken, ja sogar bis 120 Millionen. Die Resultate sind aber nicht sehr ermutigend. Dreimal wurde in $2^1/_2$—3 Monaten Heilung erzielt; bei den anderen blieb der Zustand nach 2,5 monatlicher und längerer Behandlung ungeheilt. Besserung wurde allerdings in jedem Falle erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Vulvovaginitis kleiner Mädchen mit Gonokokkenvakzine, von Comby und Condat. (Bull. méd., 1914, Nr. 37.) Verfasser haben 15 Fälle von Vulvovaginitis, einen Fall von blennorrhoischer Peritonitis, einen von Ophthalmie und einen von Urethritis bei einem kleinen Knaben mit der Nicolleschen Vakzine behandelt. Es wurden jedesmal 1—1,5 ccm Vakzine in 2 ccm Kochsalzlösung injiziert; die Reaktion war meist sehr gering, die Injektionen wurden zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholt. Nach 5—10 Injektionen waren die Vulvovaginitiden geheilt; bei den oben erwähnten Fällen war auch eine günstige Wirkung zu verzeichnen. Es zeigt sich, daß die Vakzine nicht nur auf die Komplikationen, sondern auch auf die Schleimhauterkrankungen wirkt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe im Kindesalter, von R. Hamburger-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser berichtet über die Erfolge einer bei 21 Kindern im Alter von 0—13 Jahren planmäßig durchgeführten Vakzinebehandlung, die im großen ganzen zu negativen Resultaten führte. Verwendet wurden die käuf-

Digitized by Google

lichen Gonokokkenvakzinen (Arthigon, Sächs. Serumwerke, selbstgezüchtete Stämme), aber keine Autovakzine. Zahl der Injektionen 6—10. Intravenöse Injektionen wurden nach einigen Versuchen wegen der sehr intensiven Reaktionen aufgegeben. Bei intramuskulären Injektionen blieb die Reaktion in mäßigen Grenzen. Das Blutbild ergab direkt nach der Injektion Hypoleukozytose, 6—8 Stunden später erhebliche Hyperleukozytose. Der Gonokokkengehalt des Ausflusses blieb unverändert. Eine Heilung der Vulvovaginitis durch Vakzinebehandlung ist also nicht zu erreichen.

Glombitza-Dresden.

Die blennorrhagischen Osteopathien, von GANGOLPHE. (Lyon méd., 1913, Nr. 46.) Im Namen von BERTEIN berichtet Verfasser über drei Fälle von blennorrhoischer Knochenerkrankung. Es werden drei Formen unterschieden: 1. einfache Periostitiden, 2. hypertrophische Osteoperiostitiden, 3. akute blennorrhoische Osteomyelitis. Die ersten bestehen in einer einfachen entzündlichen Schwellung des Periosts. Bei den zweiten kommen die Läsionen an den kleinen Knochen (Exostosen des Kalkaneus usw.), sowie an den langen Knochen vor; bei letzteren ist das Mißverhältnis zwischen palpabler Knochenverdickung und radiographisch erkennbarer Läsion bemerkenswert. Die Osteomyelitis kommt öfter vor als man glaubt; sie lokalisiert sich manchmal in der Nähe früherer Gelenkentzündungen. Sie kann aber auch primär vorkommen und das Gelenk später befallen. R. Frühwald-Leipzig.

Die blennorrhoischen Knochenveränderungen, von P. BERTEIN. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 19.) Ein didaktischer Aufsatz ohne neue Tatsachen. A. Gunsett-Straßburg.

Arthritis blennorrhagica, von MAUCLAIRE-Paris. (Bolletino d. Clin., Nov. 1913.) Aus Le progrès médical, 1913, Nr. 31, übersetzt. E. Rossen-Wiesbaden.

Wirkung der Gonokokkenvakzine auf die chronische blennorrhoische Arthritis, von V. P. SÉMIONOV. (Presse méd., 1914, Nr. 15.) Die polyvalente Gonokokkenvakzine wirkt beim Tripperrheumatismus spezifisch. Nach der Injektion tritt eine Fiebersteigerung auf, die eine Differenzierung von nicht-blennorrhoischen Arthritiden gestattet. Die Schmerzen hören auf, und nach längerem Gebrauch wird die Temperatur normal; Fieber ist keine Kontraindikation gegen die Injektionen. Als unangenehme Nebenwirkungen müssen verstärkter Urethralausfluß und Durchfälle angesehen werden; die Gonokokken in ersterem verschwinden nicht. Zur Heilung der chronischen Arthritis, die 6—10 Wochen in Anspruch nimmt, sind 8—20 Injektionen nötig; diese werden erst in Abständen von 4—6, später von 6—7 Tagen gemacht. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Sero- und Vakzinotherapie, von TH. GRAMENITZKY-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 89, H. 2 u. 3.) Die Hyperämiebehandlung ist ein wirkungsvolles Mittel bei blennorrhoischen Gelenkentzündungen; in akuten und subakuten Fällen wirkt passive, in chronischen aktive Hyperämie besser. Die Immunisationstherapie bedingt gute Resultate. Die aus Immunisation und Hyperämie kombinierte Therapie ergibt besonders gute Resultate, sie wirkt selbst bei veralteten chronischen Fällen von blennorrhoischer Arthritis. Die Wirkung der Vakzine auf Urethritis ist eine sehr scharfe. Von 35 an blennorrhoischer Arthritis und Urethritis leidenden und mit Vakzine behandelten Männern wurden in 15 Fällen Gonokokken bei der Entlassung gefunden. W. Chrzelitzer-Posen.

Behandlung der blennorrhoischen Arthritiden mit Vakzine von BESREDKA, von FLORAND. (Semaine méd., 1914, S. 324.) Sechs Fälle von mono- und polyartikulärem Tripperrheumatismus wurden mit Vakzineinjektionen in 3—4 Wochen geheilt. Bei einem Kranken mit akuter Urethritis schwand der Ausfluß durch die Behandlung.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus und der Epididymitis mit der sensibilisierten Antigonokokkenvakzine (Methode von Besredka), von Dopter. (Soc. méd. des hôp., 24. Okt. 1913.) Bei einem Patienten mit akuter blennorrhoischer Arthritis des rechten Knies und der Fußgelenke war eine Injektion von Antigonokokkenvakzine nach 24 Stunden von einem beinahe vollständigen Verschwinden der Schmerzen und der Gelenkschwellungen gefolgt. Eine zweite Injektion brachte die Schwellungen vollständig zum Verschwinden. Bei chronischen Fällen ist die Heilung eine viel langsamere und erheischt eine große Anzahl von Injektionen. Auch bei Epididymitis verschwanden die Schmerzen schon nach 24 Stunden, während die Schwellung in 2—3 Tagen bis auf eine kleine knopfförmige Anschwellung des Nebenhodens zurückgingen.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis nach der Bierschen Methode, von A. C. Wilson. (Brit. m. J., 15. Nov. 1913.) Nach seinen bei sechs mit Stauungshyperämie behandelten Fällen von Epididymitis gemachten Erfahrungen bezeichnet Verfasser diese Methode als eine eminent wirksame therapeutische Akquisition, welche die sonstige Behandlungsdauer auf ungefähr die Hälfte der Zeit reduziert. Akute Fälle erfordern allerdings besondere Vorsicht. So konnte ein Patient mit frischer Nebenhodenentzündung nur eine halbstündige Stauung vertragen, während bei chronischen Fällen die Stauung durchschnittlich zwei Stunden im Tage fortgesetzt wurde, und ein Patient dieselbe bis zu einer achtstündigen Dauer vertrug. Besonders hervorgehoben wird das prompte Nachlassen der Schmerzen am erkrankten Organ, sobald die hyperämisierende Wirkung deutlich hervortritt. A. Philippi-Salzschlirf.

Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis, von A. Marziani. (Morgagni, 9. August 1914.) Ein 22jähriger Patient mit Tripper wurde nach einer selbstgemachten Harnröhrenirrigation von heftigen Schmerzen in der rechten Leiste befallen. Es trat Fieber, Erbrechen, Durchfälle, Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens auf. Bei der Untersuchung ließ sich der Samenstrang als zweidaumendicker, derber, drehrunder Strang zwischen Nebenhoden und äußerem Leistenring tasten. Hoden und Nebenhoden waren völlig normal. Rasche Heilung durch Vakzinetherapie. Das Verschontbleiben von Hoden und Nebenhoden ist äußerst selten und daher im vorliegenden Falle bemerkenswert.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur chirurgischen Behandlung des Nebenhodentrippers, von Charles G. Cumston. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 7.) Die Inzision, welche nur in Narkose ausgeübt wird, besteht in einem 4—5 cm langen Schnitt. Dieser wird auf der äußeren Kante des Nebenhodens durch die Skrotalhaut geführt. Darauf sondiert man den Raum zwischen Hoden und Nebenhoden, bis man auf den Eiterherd gelangt, nach dessen Entleerung man einen drainierenden Verband anlegt.. Nach zwei Tagen Bettruhe wird die Drainage entfernt, und mit einem einfachen Verbande kann der Patient jetzt ambulant weiterbehandelt werden. H. Vörner-Leipzig.

Über blennorrhoische Granulationen, von G. Stümpke-Linden. (M. m. W., 1914, Nr. 28.) Vor einigen Jahren hat Klingmüller über eigentümliche, hahnenkammförmige, blaßrote oder blaurötliche Wucherungen berichtet, welche sich am Damm und um den Anus herum bei blennorrhoisch infizierten Weibern finden. Des öfteren finden sich dabei auch ziemlich ausgiebige Ulzerationen. Andeutungen über ähnliche Beobachtungen sind nur spärlich in der Literatur vertreten. St. hat im Laufe von etwa $^3/_4$ Jahr sechs derartige Fälle in der Frauen-Abteilung des Dermatologischen Stadtkrankenhauses beobachtet und führt deren Entstehung auch auf die Einwirkung von Gonokokken zurück. Bei allen seinen sechs Kranken fanden diese sich im Zervikalkanal und in der Urethra. Eine Rektalblennorrhoe war allerdings nur in zwei Fällen vorhanden, was

Digitized by Google

nicht ganz in Übereinstimmung steht mit der Tatsache, daß die Wucherungen vorwiegend in der Umgebung des Afters anzutreffen sind. Daß die Wucherungen den primären Vorgang darstellen, scheint daraus hervorzugehen, daß diese sich wohl ohne Geschwüre, nicht aber umgekehrt Geschwüre ohne Wucherungen vorkamen. Die histologische Untersuchung der Wucherungen ergibt ein diffuses, zellreiches Entzündungsgewebe mit Leukozytenherden durchsetzt, das vielfach bis an die Epidermis heranreicht und auch letztere vielfach zu Wucherungen veranlaßt. Außerdem fiel der gesteigerte Gefäßreichtum der der Epidermis unmittelbar angrenzenden Gewebsschichten des Koriums auf. Viele der Gefäße waren thrombosiert. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Hyperkeratosis blennorrhoica, von Lange-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 10.) Am interessantesten von den Komplikationen der blennorrhoischen Allgemeininfektion sind wegen ihrer ausgesprochenen Seltenheit die Hyperkeratosen. Verfasser schildert zunächst die beiden Hauptformen Baermans: 1. ein disseminiertes, auf den ganzen Körper verteiltes Exanthem, 2. ein mehr konglomeriertes auf Hände und Füße, hier vornehmlich auf die Zehen und Finger bzw. deren Nägel lokalisiertes Exanthem und beschreibt dann einen selbst beobachteten Fall, bei dem die Hyperkeratose an den Fußsohlen mit Bevorzugung der Zehen, des Ballens und Hackens auftrat. Gonokokken wurden in den Hyperkeratosen nicht gefunden, zur Beseitigung der letzteren hat sich die Behandlung mit Alkoholumschlägen als günstig erwiesen. Haller-Dresden.

Benigne blennorrhoische Endokarditis, von Auguste Blind-Paris. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Verfasser wurde zu einem Patienten mit leichtem Tripper gerufen, der plötzlich von Schüttelfrost befallen worden war. Er fand hochgradige Blässe und ein systolisches Geräusch über allen Ostien, am stärksten an der Aorta. Die Temperatur stieg nie über 37,4° rektal; der Schüttelfrost wiederholte sich nur am folgenden Tage. Das Herzgeräusch nahm in den nächsten Tagen konstant ab und war vom siebenten Tage an verschwunden. Der Patient erholte sich rasch und wurde nur nach stärkeren Bewegungen von Herzklopfen befallen. Verfasser bringt das systolische Geräusch mit einer blennorrhoischen Endokarditis in Zusammenhang, da er den Patienten seit Kindheit kennt und frei von anderen Ursachen weiß. Die Tachykardie dürfte durch eine zurückgebliebene Myokarditis bedingt sein. R. Frühwald-Leipzig.

Pyelonephritis durch Gonokokken verursacht, von Gayet. (Lyon méd., 1914, Nr. 20.) Der 30jährige Patient litt seit sechs Wochen an starker Pyurie und Hämaturie; bald gesellten sich außerordentlich heftige Schmerzen in der linken Seite hinzu. Der Kranke war sehr herabgekommen, und man dachte an Nierentuberkulose. Die Ureterensondierung ergab nun links einen stark eitrigen Urin, der massenhaft Gonokokken enthielt. Heilung durch drei Nierenbeckenspülungen. R. Frühwald-Leipzig.

Exakte Diagnose blennorrhoischer Stomatitis, von J. B. Stein-New York. (M. Record, 9. Aug. 1913.) In der Mundhöhle finden sich eine ganze Reihe Kokken, die den Gonokokken unter Umständen ähnlich sehen können, so daß die genaue Unterscheidung, ob wirklich Gonokokken vorliegen, nur auf Grund genauester kultureller Untersuchung zu stellen ist. Verfasser führt allein acht verschiedene Diplokokken auf mit ihren morphologischen und kulturellen Verschiedenheiten. Er legt besonders Wert darauf, die Kulturen auf Zuckeragarnährboden von Lingelsheim anzulegen, da je nach der Anwesenheit einer der aufgeführten Kokkenarten Dextrose-, Lävulose- oder Maltosefermentation hervorgerufen wird. W. Lehmann-Stettin.

Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior, von Emil Seger-Aussig. Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 20.) Verfasser will in mehreren Fällen als erstes Symptom einer beginnenden Urethritis posterior eine vorher nicht bestehende, aber plötzlich eintretende psychische Hemmung des Harnentleerungsaktes beobachtet haben. Patienten, die dieses

Digitized by Google

Phänomen darboten, sind dann im Verlauf ihrer blennorrhoischen Erkrankung regelmäßig an Urethritis posterior, bzw. Prostatitis erkrankt. E. Klemm-Leipzig.

Behandlung der blennorrhoischen Zystitis mit Virusvakzine von Besredka, von Louis Cruveilhier. (Bull. méd., 1913, Nr. 100.) Ausgezeichnete Erfolge bei Patienten, bei denen eine Argentuminstillation unmöglich war. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Anwendung des Blennotin bei Blennorrhoe, von Hirschberg-Fichtenau. (Ärztl. Vrtlj.-Rdsch., 1914, Nr. 2.) Das Präparat wird in Gelatinekapseln verabreicht, welche pro Stück 0,16 g Ol. Santali, 0,2 g Myrrhae, 0,2 g Camphorae, 0,12 g Hexamethylentetramin, 0,11 g Borsäure und 0,2 g Champignonextrakt enthalten. Die Wirkung, welche an einer Reihe von Krankengeschichten demonstriert wird, entspricht der Zusammensetzung des Mittels. H. Vörner-Leipzig.

Behandlung der Blennorrhoe mit Joddämpfen, von J. Odstrčil-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 34.) Das Jod wurde in statu nascendi (nach Jungengel gewonnen) in die vordere Harnröhre mittels eines Kautschukrohrs, in die mittlere Partie mittels eines Metallzylinders und in den hinteren Abschnitt mit dem Guyonschen Katheter eingeführt. Akute Fälle eignen sich für diese Behandlung erst dann, wenn das Sekret spärlich und schleimig oder serös geworden ist; besser geeignet sind subakute und chronische Fälle. Doch heilte auch von diesen nur der geringere Teil unter der Behandlung mit Joddämpfen allein aus; in der Mehrzahl der Fälle mußte der Verfasser zu den alten Behandlungsmethoden zurückgreifen; dieselben werden durch die Joddämpfebehandlung günstig ergänzt. Jodtinktur ist zur Behandlung ungeeignet, da das Lösungsmittel des Jods (Alkohol, Benzin, Azeton) die Schleimhaut reizt.

G. Mühlstein-Prag.

Verschiedenes.

Prof. Karl Posselt, Direktor der Klinik für Haut- und syphilitische Krankheiten in München, tritt von seiner Lehrtätigkeit zurück. Mit seiner Vertretung ist der Direktor der dermatologischen Poliklinik im Reisingerianum, Prof. Leo v. Zumbusch, welcher bis vor kurzem die Hautabteilung des k. u. k. Reservespitales Olmütz geleitet hat, betraut worden.

Dem k. u. k. Regimentsarzte Priv.-Doz. Dr. Walter Pick-Wien, Redakteur des Archivs für Dermatologie und Syphilis, wurde die Leitung der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am k. u. k. Reservespital Olmütz übertragen.

Dr. Robert D. Fletcher wurde zum Lektor für Urologie an der University of Manitoba in Winnipeg (Canada) ernannt.

Marinestabsarzt Dr. Fritz Veiel-Cannstatt hat das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

Der Oberarzt d. Res. des 9. k. u. k. Dragoner-Reg. Dr. Hans Katz, Sekundararzt der dermatologischen Klinik von Prof. Riehl in Wien, ist in Galizien gefallen.

Dr. John Patrick McGowan, konsultierender Dermatolog und Urolog am French-Hospital in New York, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. Juli 1915 | Nr. 31 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

I. Teil.

Es gibt eine ganze Reihe von Hautreaktionen, d. h. Arten, wie die Haut auf verschiedene Reize antwortet. Wir können sie in zwei Gruppen einteilen, erstens in die Gruppe der subjektiven und zweitens in die Gruppe der objektiven Reaktionen. In die erste Gruppe gehören alle Empfindungen, die der Mensch mit seiner Haut aufzunehmen vermag, also die Tast-, Schmerz-, Juck- und Temperaturempfindung. Wir nehmen an, daß für alle diese Empfindungen in der Haut besondere nervöse Einrichtungen, besondere Organe existieren, von denen jedes einzelne nur zur Aufnahme bestimmter, also für das betreffende Organ spezifischer Reize befähigt und mit dem Zentralnervensystem durch besondere Nervenfasern verbunden ist. Wenn demnach eine subjektive Reaktion entstehen soll, muß ein Reiz besonderer Art, ein für diese Reaktion spezifischer Reiz auf die Haut einwirken. Die Mehrzahl dieser supponierten Organe ist uns bis jetzt noch nicht bekannt. Wir vermögen bis jetzt noch nicht mit Sicherheit zu sagen, welcher Empfindung, welcher Reaktion die verschiedenen, in der Haut gelegenen Nervengebilde dienen. Nichtsdestoweniger müssen wir notgedrungen solche Organe annehmen, weil es sicher ist, daß die Haut eines jeden gesunden Menschen auf bestimmt geartete, also spezifische Reize stets nur mit einer bestimmten subjektiven Reaktion, mit der Hervorrufung einer ganz bestimmten Empfindung antwortet.

Von den objektiven Reaktionen sind anzuführen: die Hypersekretion des Schweißes, die Hypersekretion des Talgs, die entzündliche und die urtikarielle Reaktion. Jede derselben ist charakterisiert durch das Auftreten eigentümlicher, mit dem Gesicht oder eventuell auch mit anderen Sinnesorganen wahrnehmbaren Veränderungen an der Haut, die mit absoluter Sicherheit und Regelmäßigkeit bei jedem gesunden Menschen entstehen, wenn auf seine Haut ein Reiz bestimmter Art, also ein für die betreffende Reaktion spezifischer Reiz einwirkt. Die Verhältnisse

Digitized by Google

sind also, wie man sieht, ganz analog jenen bei den subjektiven Reaktionen. Deswegen müssen wir auch notgedrungen annehmen, daß ein jeder Mensch in seiner Haut einen Apparat besitzt, der, wenn er durch einen spezifischen Reiz erregt wird, die Entwicklung jener charakteristischen objektiven Veränderung der Haut besorgt. Demnach muß in ihr eine Vorrichtung existieren, die nur die Hypersekretion des Schweißes besorgt, ferner eine besondere Vorrichtung für die Hypersekretion des Talgs, eine besondere Vorrichtung, durch deren Tätigkeit an der Haut entzündliche Effloreszenzen entstehen und schließlich auch eine ganz besondere Vorrichtung für die Entstehung der Urtikariaquaddel und der dieser verwandten Effloreszenzen. Der Apparat für die Schweiß- und Talgreaktion ist uns vollständig bekannt. Wir wissen, daß es die Schweiß- und Talgdrüsen sind, die, wenn sie durch bestimmte, eigentümliche, also spezifische Reize erregt werden, mit der Hypersekretion des Schweißes resp. Talgs antworten.

Unsere Kenntnisse über die entzündliche Reaktion sind in dieser Richtung sehr lückenhaft und jene über die urtikarielle Reaktion durchaus ungenügend. Und doch geht aus dem Gesagten hervor, daß auch für diese Reaktionen ähnliche Verhältnisse existieren dürften, wie sie bei den übrigen Hautreaktionen bereits festgestellt sind. Lassen sie sich doch bei einem jeden gesunden Menschen durch bestimmte, charakteristische Reize hervorrufen, also durch Reize, für deren Aufnahme in der Haut eine entsprechende Vorrichtung, ein entsprechendes Organ vorhanden sein muß.

Mit diesen Reaktionen, speziell mit der entzündlichen, haben sich zahlreiche Autoren schon seit jeher befaßt. Wir verfügen auch bereits über mehrere Erklärungen der einen und anderen Reaktion, doch blieb keine einzige ohne Widerspruch und wir kommen auch mit keiner einzigen für alle Fälle aus. Der Grund liegt darin, daß die pathologischen Veränderungen, die sich im Gewebe bei der einen oder anderen Reaktion vorfanden, von den einzelnen Autoren verschieden bewertet wurden, was natürlich nach dem jeweiligen Stand der gerade herrschenden physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse geschah.

Wenn wir mit den bisherigen Erklärungen nicht auskommen, müssen wir nach neuen suchen. Ein Fortschritt ist auf zwei Wegen zu erzielen. Erstens durch Entdeckung neuer Erscheinungen, welche die betreffende Reaktion begleiten, und zweitens durch eine neue Bewertung schon bekannter Symptome nach dem gegenwärtigen Stand unserer physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse. Eine ganze Reihe von zeitgenössischen Autoren arbeitet bereits auf dem erstgenannten Wege. Bahnbrechend wirkte hier Unna mit seinem Bestreben nach

Digitized by Google

detailliertem Studium des sogenannten entzündlichen Infiltrats. Bei uns meldete sich zur Mitarbeit auf diesem Gebiet Tryb, mit seinem Vortrag auf dem V. Kongreß tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag (1914).

Ich möchte den zweiten Weg einschlagen und eine neue Bewertung der Symptome versuchen, welche die entzündliche und urtikarielle Reaktion begleiten. Ist dies möglich? Haben sich unsere physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse in der letzten Zeit derart verändert, daß eine neue Bewertung der die eine oder andere Reaktion begleitenden Erscheinungen nicht bloß möglich, sondern auch von Nutzen wäre? Gelangen wir durch diese neue Bewertung zu einer neuen Anschauung über die entzündliche und urtikarielle Reaktion? Ich will den Beweis versuchen, daß alle diese Fragen bejahend beantwortet werden können.

Die entzündliche Reaktion.

Die entzündliche Reaktion wird von einer Reihe lokaler Symptome begleitet, die klinisch und pathologisch-anatomisch wohl charakterisiert sind. Einige derselben spielen sich an den Blutgefäßen ab, andere in dem umgebenden Gewebe. Von den letzteren nehmen wir an, daß auch sie zum großen Teil von den Blutgefäßen abhängen, zum Teil aber auch von den elementaren Bestandteilen des die Blutgefäße umgebenden Gewebes, von den Zellen des betreffenden Gewebes und vielleicht auch von der Interzellularsubstanz. Zu den letzteren Veränderungen gehört namentlich das sogenannte kleinzellige entzündliche Infiltrat. Lange Zeit begnügten wir uns mit dieser Bezeichnung — kleinzelliges Infiltrat — und mit der *Annahme*, dasselbe sei teils hämatogenen, teils histogenen Ursprungs. In der letzten Zeit wurde das kleinzellige Infiltrat dank der Vervollkommnung der histologischen und Färbungsmethoden ein Forschungsgebiet, das zu neuen Untersuchungen lockte. Wir haben hier nun sehr große Fortschritte zu verzeichnen. Wir wissen jetzt, daß das kleinzellige Infiltrat eine Kollektivbezeichnung für Zellelemente verschiedener Art ist. Eine ganze Reihe dieser Elemente wurde bereits determiniert. Für manche derselben wurde der Beweis erbracht, daß sie von großer diagnostischer Bedeutung sein können. Aber trotz alledem sind wir noch nicht sehr weit gekommen. Nicht einmal so weit, daß wir mit Sicherheit entscheiden könnten, welche Typen dieses Infiltrat von den Blutgefäßen und welche vom Gewebe abstammen, und daher um so weniger so weit, daß wir sagen könnten, warum in dem entzündlichen Infiltrats einmal dieser, ein andermal jener Zelltypus stärker vertreten ist; ob die Ursache hierfür im Reiz oder im gereizten Gewebe gelegen ist. Das sind lauter Zukunftsprobleme. Ohne deren Lösung ist aber an eine Bewertung dieser Komponente der entzündlichen Reaktion nicht zu denken. Bleibt also nur

Digitized by Google

die andere Komponente übrig: die entzündlichen Veränderungen an den Blutgefäßen. Wenn wir aber nicht alle entzündlichen Veränderungen bewerten können, hat es dann einen Sinn, bloß die Bewertung der an den Blutgefäßen sich abspielenden Erscheinungen zu versuchen? Ich glaube, wohl. Sind doch diese Erscheinungen gewiß das primäre und fundamentale und sicherlich ein den Gewebsveränderungen zumindest gleichwertiges Moment bei dem entzündlichen Prozeß. Sind doch schon die alten klassischen klinischen Erscheinungen der Entzündung: rubor, tumor, dolor und calor zum überwiegenden Teil durch von den Blutgefäßen abhängige Veränderungen bedingt. Die bisherige Bewertung der entzündlichen Erscheinungen bezieht sich auch zum überwiegenden Teil auf diese Veränderungen. Es dürfte sich also lohnen, sich eventuell mit diesen allein näher zu befassen.

Die entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen beginnen mit einer Erweiterung der Gefäße, mit Überfüllung derselben mit hellrotem Blut und mit Beschleunigung des Blutstromes. Bald aber verlangsamt sich der letztere und in den Kapillargefäßen häuft sich eine beträchtliche Menge weißer Blutkörperchen an, besonders an den Wänden. Sodann beginnt aus den Kapillaren eine reichliche Menge Flüssigkeit und weißer Blutkörperchen auszutreten. Es kommt zur entzündlichen Exsudation.

Mit der Erklärung dieser Erscheinungen haben sich schon sehr viele Autoren befaßt. Da ich nicht die Absicht habe, eine Geschichte der Lehre von der Entzündung zu schreiben, will ich nicht in pragmatischer Weise auseinandersetzen, wer über diesen Gegenstand geschrieben, wo und wann er dies getan hat, sondern will mich nur auf die gegenwärtig herrschende Anschauung beschränken. Die einen, z. B. Török, Philippson, Jarisch, leiten diese Erscheinungen von der direkten Wirkung irgend einer, die Blutgefäßwände reizenden Substanz ab, also von einer direkten Reizung oder Schädigung der Gefäße von außen oder aus dem Blute. Andere, mit Kreibich an der Spitze, beziehen sie auf eine Reizung der vasomotorischen Nerven. Vor einigen Jahren kam es zwischen beiden Lagern zu einem Zusammenstoß in Form einer schönen literarischen Debatte, doch ging keine der beiden Parteien als Siegerin hervor. Beide Ansichten leiden an ernsten Mängeln. Es gibt Fälle, für welche nur die eine der beiden Theorien zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen paßt, während die andere dazu vollständig ungeeignet ist. Bei anderen Fällen verhält es sich gerade umgekehrt. Eine ausschließende Berechtigung ist also weder der einen, noch der anderen Theorie zuzusprechen. Man könnte daher glauben, es wäre am besten, wenn wir uns, was sich auch sonst schon in der Medizin bewährt hat, auf einen Kompromißstandpunkt stellen und sagen, daß beide Erklärungen richtig

Digitized by Google

und möglich sind. Aber auch dieser Standpunkt ist unhaltbar. Der schlagendste Beweis dafür ist die Tatsache, daß weder die eine, noch die andere Theorie die bei der Entzündung der Hornhaut, also eines gefäßlosen Gewebes auftretenden Erscheinungen zu erklären vermag. Wir wissen, daß Entzündungen der Hornhaut häufig nach Verletzungen entstehen, die sie irgendwo in ihrer Mitte erlitten hat. Wie kann man hier von einer direkten Reizung der Gefäßwände der Blutgefäße sprechen, wenn in der Hornhaut Gefäße überhaupt nicht vorkommen? Aber auch mit der angioneurotischen Theorie lassen sich die entzündlichen Erscheinungen der Hornhautentzündung nicht erklären. Wir wissen ja, daß von der Peripherie der Hornhaut zahlreiche neugebildete Gefäßchen in den entzündeten Teil der Hornhaut eindringen, die, sobald die Entzündung aufgehört hat, sofort wieder verschwinden, was ein Beweis dafür ist, daß sie nur für Zwecke der Entzündung gebildet wurden und daß diese Gefäßneubildung eine ebenso wesentliche Erscheinung der Hornhautentzündung darstellen, wie die übrigen Veränderungen. Aber so intensiv ist die Wirkung der vasomotorischen Nerven sicher nicht, daß sie eine Neubildung von Gefäßen hervorrufen könnte. Also auch diese Erklärung genügt nicht zur befriedigenden Erklärung aller die Hornhautentzündung begleitenden Erscheinungen. Gegen die angioneurotische Erklärung gibt es aber noch andere sehr ernste Bedenken. Zunächst ist es noch niemandem gelungen, obzwar es schon viele Forscher versuchten, experimentell durch ausschließliche Reizung der vasomotorischen Nerven eine Entzündung hervorzurufen. Zweitens hat noch keine klinische Beobachtung bisher diese Theorie sicher und unwiderleglich bestätigt. Im Gegenteil. Denn wenn es wahr wäre, daß, wie sich Kreibich die Entstehung der Entzündung angioneurotisch vorstellt, eine leichte Reizung der vasodilatatorischen Bahnen eine Hyperämie, eine stärkere Reizung aber Durchlässigkeit der Gefäßwände für das Blutplasma und eine stärkste Reizung eine Durchlässigkeit der Gefäßwände auch für korpuskuläre Elemente zur Folge hat, indem der Reiz die Blutgefäße entzündlich schädigt, dann müßten wir bei unzweifelhaft echten angioneurotischen Erscheinungen doch wenigstens hier und da eine Steigerung derselben zu entzündlichen Erscheinungen beobachten. Und das war bis jetzt nicht der Fall. Das Erythema pudendi, die angioneurotischen Erytheme bei Meningitis usw. blieben immer nur Erytheme. Hier könnte man eventuell einwenden, daß, wenn es möglich wäre, den Reiz zu verstärken, auch bei diesen reinen Angioneurosen ein Übergang zur Entzündung stattfinden würde. Diese Einwendung ist an diesem Beispiel zwar schwer zu widerlegen. Aber wir kennen eine andere vitale Erscheinung rein angioneurotischen Ursprungs und das ist die Erektion

Digitized by Google

des Penis. Und wir kennen auch einen Zustand, in welchem die Reizung der entsprechenden, die Erektion besorgenden Nerven so intensiv ist, daß die Erektion wochenlang andauert und daß die Spannung in den Gefäßen so hochgradig ist, daß sie dem Kranken beträchtliche Schmerzen verursacht — Priapismus — und dennoch entwickelt sich daraus nichts anderes. Die Gefäße werden nicht einmal für Plasma durchgängig, geschweige denn für zellige Elemente. Nicht eine Spur von entzündlichen Erscheinungen stellt sich dabei ein. Demnach bestätigt auch die Klinik, daß selbst die stärkste Reizung der vasodilatatorischen Bahnen nicht imstande ist, eine entzündliche Reaktion hervorzurufen. Allerdings hat Kreibich den Beweis erbracht, daß die entzündliche Reaktion auf dem Wege der Nervenbahnen hervorgerufen werden kann, und hat damit die Theorie von der direkten primären Läsion der Gefäßwände erschüttert; dies hat übrigens auch schon Bärensprung getan, indem er die Ursache des Herpes zoster in einer Erkrankung der Spinalganglien entdeckte; aber die Beweise Kreibichs dafür, daß er eine Entzündung durch Reizung vasomotorischer Nerven hervorgerufen habe, sind nicht so überzeugend, als es notwendig wäre, um die oben erwähnten Einwendungen gegen die angioneurotische Theorie von der Entstehung der Entzündung zu entkräften, nämlich die Unmöglichkeit, experimentell durch ausschließliche Reizung vasomctorischer Bahnen eine Entzündung hervorzurufen, ferner die Erfahrungen bei klinisch reinen vasomotorischen Erscheinungen und schließlich das Phänomen der Aussendung neugebildeter Blutgefäße zu dem Herd, wo sich die Entzündung abspielt. Wir stehen also auf dem Standpunkt, daß zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen weder die eine, noch die andere der angeführten Theorien genügt. Ja, es ist nicht einmal möglich, an diesen Theorien selbst dann festzuhalten, wenn man einen Kompromißstandpunkt einnimmt, den nämlich, daß die entzündlichen Erscheinungen einmal durch direkte Läsion der Gefäßwände durch irgend ein Reizmittel, ein andermal durch Läsion der Gefäßwände durch eine gesteigerte direkte oder reflektorische Reizung der vasomotorischen Bahnen hervorgerufen werden könne. Die Entzündungserscheinungen an der Hornhaut vermag keine der beiden Theorien zu erklären. Zur Erklärung dieser muß man sich nach einer anderen Theorie umsehen. Da man aber doch nicht annehmen kann, daß sich die Entzündungserscheinungen bei verschiedenen Geweben nach verschiedenen Gesetzen abspielen, weil dies mit allen unseren biologischen Erfahrungen in krassem Widerspruch stände, bleibt nichts anderes übrig, als die beiden herrschenden Theorien über das Wesen der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen überhaupt zu verlassen und beide Theorien für unhaltbar und unmöglich zu erklären.

Digitized by Google

Wie bereits angedeutet, gingen die beiden erwähnten Theorien aus unserer Anschauung über die den Blutkreislauf beherrschenden und regulierenden Kräfte hervor. Wenn uns demnach diese Theorien nicht befriedigen können, muß sich der Gedanke aufdrängen, daß damit auch die Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte, aus der die Theorien ja hervorgegangen sind, einen Stoß bekommen müsse. Wenn der Schluß eines logischen Urteils unhaltbar wird, muß an der Richtigkeit der Prämissen gezweifelt werden. Durch unsere Erwägungen über die Theorien der Entzündung schlagen wir eine Bresche in die Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte. Aber keineswegs in unsere heutige Anschauung, sondern in jene, auf deren Grundlage jene Theorien aufgebaut worden waren. Diese Anschauung ist aber heute so sehr erschüttert, daß an ihrer Richtigkeit gezweifelt wird und daß in den modernen Lehrbüchern der Physiologie bereits die Grundlage zu einer absolut neuen Ansicht niedergelegt ist. Wir tragen demnach durch unsere Ausführungen nur zur Unterstützung jener Forscher bei, die auf diesem Gebiete bereits neue Bahnen eingeschlagen haben. Wir haben bewiesen, daß die bisher geltende und von diesen Forschern bekämpfte Lehre über die Kräfte des Blutkreislaufes die entzündlichen Erscheinungen nicht zu erklären vermag und stellen uns auf ihre Seite, indem wir behaupten, daß sie richtig handeln, wenn sie lehren, daß man sich nach einer neuen, besseren Anschauung umsehen müsse.

(Fortsetzung folgt.)

Lucien Jacquet †.

In Lucien Jacquet hat die dermatologische Wissenschaft einen der bekanntesten und charakteristischsten Vertreter der französischen Schule verloren, und es geziemt sich wohl, seinem Wirken in dieser Zeitschrift einige Zeilen der Erinnerung zu widmen.

Jacquet ist aufgewachsen in der Schule und in den Anschauungen des großen Altmeisters Besnier. Das Charakteristische dieser Schule ist auch seinem wissenschaftlichen Wirken stets und bis ans Ende deutlich eingeprägt geblieben: es ist das die tiefe und immer wieder ausgesprochene Überzeugung vom inneren Zusammenhang der Hautleiden mit den Störungen innerer Organe und des gesamten Stoffwechsels. Unter diesen mannigfachen Zusammenhängen hat sich Jacquet einen zum besonderen Studium auserkoren und immer wieder bearbeitet, nämlich die Beeinflussung und Bedingung mancher Dermatosen durch die Nervenfunktion. Wir verdanken Jacquet vortreffliche Untersuchungen über Entstehung von Prurigo und Pruritus, die zum Teil für die Erkenntnis dieser Krankheiten bahnbrechend gewirkt haben. Seine sehr ausgedehnten, mühsamen klinischen und experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiete gehören heute noch zu den allerwichtigsten und werden die Grundlage für weitere Forschungen

Digitized by Google

auf diesem leider jetzt so vernachlässigten Gebiete bilden. Seine Anschauungen und Erfahrungen sind in glänzender Weise zusammengefaßt in der Pratique Dermatologique, in den beiden Kapiteln Prurigo und Störungen der Hautsensibilität. Eine der Abhandlungen Jacquets betrifft die Derm. papulosa infantum, deren nichtsyphilitische Natur er, im Gegensatz zu Parrot, als Erster nachgewiesen hat.

Eine sehr große Anzahl von Arbeiten Jacquets aus dem letzten Jahrzehnt betrifft die Pathogenese der Alopecia areata, und der jüngeren Generation mag der Autor wohl am meisten und nicht zu seinem Vorteil von dieser Seite her bekannt sein. Jacquet hat sich außerordentlich bemüht, die inneren Ursachen dieses Leidens aufzudecken, zuerst durch ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen, dann durch seine bekannte nervöse Theorie der Entstehung dieser Krankheit. Wenn auch der kritische Beurteiler seiner Auffassung der Alopecia areata als Trophoneurose (syndrome réflexe odontopathique ou néodentaire) nicht durchaus zu folgen vermag, so ist doch auch hier sein Bestreben, verborgene Zusammenhänge der Organe und Organsysteme aufzudecken, anerkennenswert. Nicht unerwähnt bleiben dürfen ferner die histologisch-chemischen Untersuchungen Jacquets über Vernix caseosa, Heredo-Seborrhoe und Akne foetalis (erschienen 1905 in den Annales). In den letzten Jahren hat sich Jacquet auch viel mit therapeutischen Problemen beschäftigt. Er hat auf die Bedeutung der Magendarmstörung infolge unrichtiger Nährungsweise auf die Entstehung von Hautleiden wiederholt und energisch aufmerksam gemacht und in seiner „bio-kinetischen" Behandlung neue Wege zur Heilung gewisser Dermatosen angegeben. Auch über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis verdanken wir ihm einige Mitteilungen. Eine große Menge kleinerer Mitteilungen und Abhandlungen findet sich zerstreut in den Annales de Dermatologie, in den Sitzungsberichten der französischen dermatologischen Gesellschaft und in anderen Zeitschriften. Ein Hauptverdienst ferner, in das sich Jacquet mit Besnier und Brocq teilt, ist die Herausgabe des großen französischen Sammelwerkes La Pratique Dermatologique.

Jacquet ist in seinen wissenschaftlichen Forschungen und Publikationen eigene und oft sehr originelle Wege gegangen. Wenn auch vieles von dem, was er gefunden und publiziert hat, durch den Fortschritt der Wissenschaft modifiziert werden wird, so wird sein Andenken doch fortleben als das eines Gelehrten, der sich stets bemüht hat, das Spezialfach von einer allgemeineren Warte aus zu sehen und zu ergründen.

Br. Bloch-Basel.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

März 1915.

Xeroderma pigmentosum infolge von heftiger Sonnenbestrahlung, mit Bericht über zwei Fälle, von William Thomas Corlett-Cleveland. Von den zwei Fällen betraf der eine ein 3jähriges Kind, das infolge langdauernder Einwirkung heißen Sommersonnenscheins auf der linken Gesichtshälfte und dann allmählich über das ganze Gesicht, weniger stark am Nacken, Vorderarmen und Handrücken verbreitet, sommersprossenähnliche Flecken und in der Folge rote, leicht schuppende Haut aufwies. Es traten dann drei bis vier taubeneigroße Exkreszenzen auf (am linken Augenlid und an den linken Schläfen), wovon eine (am Lid) degenerativen Charakter annahm und sich zu einer ausgesprochen bösartigen Epithelialgeschwulst umwandelte und zum Tode führte. Der zweite Patient war ein 70jähriger Mann, der bei starkem Sonnenschein leicht

Digitized by Google

Sommersprossen bekam und dessen Haut außerdem an den unbedeckten Stellen Schuppung und schließlich hornartige Gebilde zeigte. In beiden Fällen schien ererbte Neigung oder Prädisposition, welche durch gewisse Strahlen des Sonnenspektrums in Wirksamkeit gesetzt wird, eine höchst wahrscheinliche Rolle zu spielen. Mit vollem Recht warnt daher C. vor der jetzt so beliebten, aber oft so unterschiedslos angewandten Sonnenbestrahlung (Sonnenbäder), die bei Kindern ganz besonders schädlich wirken kann.

Urticaria pigmentosa, speziell in bezug auf seine Histologie, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. Im Anschluß an fünf selbst beobachtete Fälle, von welchen zwei wenige Monate nach der Geburt und die drei anderen im Alter von zwei bis zehn Jahren sich entwickelten, bespricht K. besonders eingehend die Histologie dieser Hautaffektion und kommt zu folgenden Schlüssen: dieselbe sollte vollständig von der Urtikaria abgetrennt werden, da Verlauf, Symptome und vor allem das histologische „Mastzellen"-Bild sie von ihr verschieden gestaltet. Eine angeborene Abnormität der Haut ist offenbar in Fällen von Urticaria pigmentosa durch den Befund an Mastzellen, der bei den mit diesem Hautleiden Behafteten auch in klinisch normalen Hautstellen sich ergab, erwiesen. Eine angeboren abnorme Haut wird daher viel eher angegriffen als eine normale, und irgend ein Toxin, das möglicherweise für eine normale Haut nicht schädlich sein kann, spielt offenbar eine ursächliche Rolle bei diesem Leiden. Die Natur des Giftes oder der Weg, wodurch es einwirkt, ist noch unbekannt.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. (Fortsetzung; Schluß folgt.)

April 1915.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. (Schluß.) In dieser zusammenfassenden Arbeit, die zum Schlusse noch eine kurze Beschreibung aller bisher veröffentlichten Fälle bringt, kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Purpura annularis teleangiectodes ist vermöge ihrer klinischen, morphologischen und histologischen Eigenschaften, die keiner anderen Dermatose gleichen, ein Krankheitsbild für sich. Diese klinischen Charakteristika sind linsenförmige, hellrote Flecken, an welchen, besonders peripher, dunkelrote hämorrhagische Punkte sich entwickeln und *die zentrifugal* sich vergrößern; das Zentrum wird allmählich pigmentiert und vielleicht *atrophisch*, und ein ringförmiges Gebilde ist entstanden. Der ganze Entwicklungsgang ist ein langsamer, sechs Monate bis zu einem Jahr und mehr erfordernd. Die Eruption kommt immer an den Unterextremitäten, gelegentlich auch an Oberextremitäten und Rumpf vor. Die Krankheit kann in drei Stadien eingeteilt werden: 1. teleangiektatisches, 2. hämorrhagisch-pigmentäres und 3. atrophisches. Die hauptsächlichen histologischen Veränderungen sind: Endarteritis und Endophlebitis obliterans, welche in den Gefäßen des Hypoderms beginnen und allmählich die Kapillaren des ganzen Derma einschließen. Der Verschluß wird durch eine Proliferation der Intima oder Schwellung der Media oder beides verursacht; die Adventitia spielt keine wichtige Rolle bei dem Prozesse. Mäßige perivaskuläre Lymphozyteninfiltration ist gewöhnlich vorhanden. Schließlich kommt es zu hyaliner Degeneration der Blutgefäße mit Bildung kleiner aneurysmatischer Aussackungen, sekundärer Ruptur, Hämorrhagie und Pigmentierung und späterhin Ödem, Atrophie und Degeneration in Epidermis, Derma, Hypoderma und Adnexen. Die Ätiologie ist unbekannt, aber es wird ein Toxin angenommen, das direkt auf die Gefäßwand oder indirekt durch das Nervensystem einwirkt. Syphilis und Tuberkulose sind beinahe sicher auszuschließen. Der vom Verfasser beobachtete Fall ähnelt beinahe in jeder Einzelheit der klassischen, von Majocchi gelieferten Beschreibung, mit Ausnahme des Fehlens von follikulärer Infiltration, der Rückfälle und der epidermalen Exkoriation.

Digitized by Google

Ein Fall von allgemeinem kongenitalem Keratoderma mit ungewöhnlicher Lokalisation an Augen, Ohren, Nasen- und Mundschleimhäuten von FREDERICK S. BURNS-Boston. Der Fall betraf einen 16jährigen Knaben, der völlig taub und teilweise blind, aber sonst physisch gut entwickelt war. Nach der Eltern Angabe waren die ersten Hautveränderungen bei dem Patienten im Alter von etwa einem Jahr vorhanden und nahmen allmählich bis zum Alter von zehn Jahren stetig zu, um dann ihren Höhepunkt zu erreichen und in den letzten sechs Jahren an Intensität abzunehmen. Die Dermatose ist allgemein über den Körper verteilt, zeigt aber spezielle Vorliebe für die Beugeflächen von Knien, Händen und Füßen und das Gesicht. Der Typus derselben ist abnorme Verhornung, welche aber an den verschiedenen Körperstellen von dornenartigen Gebilden (behaartem Kopf und Nacken), bis zu ausgesprochener Hautverdickung (an Händen, Füßen und Gesicht) wechselt. Die Abschuppung von den Oberflächen ist eine geringe. In Fortsetzung der Erkrankung an Nasen- und Orbikulargegend dehnt sich der Krankheitsprozeß auf die Lippen, Mund- und Nasenschleimhaut aus und bietet hier eine trockene, oberflächliche Verdickung, welche klinisch dem Bilde der Leukoplakie ähnelt. Der Rumpf ist frei mit Ausnahme von unregelmäßigen, handtellergroßen, hornigen Infiltraten an den Gesäßen. Der Zustand an den Unterextremitäten entspricht genau jenem an den Oberextremitäten, ist ebenfalls symmetrisch und endet an den Knien. Die Fußnägel zeigen in noch höherem Maße wie die der Hände das Bild der Dystrophie und Deformität. Die Behandlung des Falles war eine hygienisch-allgemeine, interne (Schilddrüsenextrakt) und lokale (mit Salizylseifenpflaster, allgemeinen Einreibungen von Salizylöl), schien aber wenig Erfolg zu haben. Der Fall ist ein Beispiel angeborener Hyperkeratosis, auch Ichthyosis genannt, und sollte in eine Klasse mit Hautabnormitäten, wie Naevi keratoides, rubriziert werden; die angegebenen Schleimhautveränderungen sind ebenso selten wie jene an Augen und Ohren.

Die Alopezia bei Hypothyreosis, von DOUGLAS W. MONTGOMERY-San-Francisco. Fehlende oder verminderte Absonderung der Schilddrüse kann bekanntlich zu Veränderungen in der Haut und deren Anhangsorganen führen, und zwar sind dies in Kürze Myxödem, Trocken- und Rauheit der Haut, besonders des behaarten Kopfes, Trockenheit und Ausfall der Haare, Akroparästhesien, Dystrophie der Nägel. Der von M. hier beschriebene Fall betraf einen 41jährigen Mann, bei dem in Verbindung mit Myxödem seit etwa zwei Jahren die Haare, besonders am Hinterhaupt, immer dünner und trockener wurden, stellenweise ausfielen und außerdem eine Schilddrüse nicht nachweisbar war. Die Medikation bestand in innerlicher Darreichung von Schilddrüsenextrakt (0,3 g pro Tag) und lokaler Behandlung des behaarten Kopfes mit Teer und Schwefel, und der Erfolg war ein so vorzüglicher, daß nach acht Monaten der Haarausfall wieder völlig behoben war.

Lupus erythematosus diffusus, unter Mißerfolg mit Tuberkulin behandelt, von A. RAVOGLI-Cincinnati. Der Fall betraf eine 24jährige Frau, bei welcher die Moroprobe positiv war und seit etwa vier Monaten gleichzeitig mit dem fast über das ganze Gesicht verbreiteten Hautleiden Lungentuberkulose bestand. Nach anfänglicher allgemein tonischer und lokaler Behandlung ward mit Tuberkulin ($^1/_{100}$ mg) begonnen, aber es stellte sich hohes Fieber danach ein und 14 Tage später tödliches Ende, das für R. unzweifelhaft auf die einzige Tuberkulininjektion zurückzuführen war. Er möchte daher für immer auf das Tuberkulin als therapeutisches Mittel verzichten, wenn es auch als diagnostisches sicher von gewisser Bedeutung bleiben kann.

Dermatitis bullosa, durch den Bacillus coli verursacht, von ALFRED POTTER-Brooklyn. Bei der 22jährigen Patientin trat etwa einen Monat nach der Entbindung im Anschluß an einen epileptiformen Anfall ein scharlachähnliches Erythem an Armen

Digitized by Google

und Gesicht mit leichter Schwellung und Empfindlichkeit (auf Druck) auf; gleichzeitig waren Übelkeit, Erbrechen und allgemeine Schwäche vorhanden. Das Erythem verschwand in 3—4 Tagen von den Armen, blieb aber am Gesicht bestehen; Blasen bildeten sich nun an beiden Händen, Vorderarmen und Ellenbogen. Mund und Rachen waren normal, ebenso Herz und Lungen, auch die Unterleibsuntersuchung ergab keine Besonderheiten. Im Verlaufe der zweiten und dritten Woche wurde Patientin immer schlechter, der typhusähnliche Zustand (mit Fieber bis 39,5°) hielt an, die Widalsche, wiederholt vorgenommene Reaktion war negativ, die Blasen verbreiteten sich auf Schultern, Gesäß und Gesicht, wobei die alten abtrockneten und an anderen Stellen neue auftraten. Reinkulturen aus dem Blute und alle anderen bakteriologischen Befunde waren negativ mit Ausnahme der Kulturen aus den Blasen, welche einen Bazillus von der Art des Bacillus coli ergaben. Von der vierten Woche an allmähliche Besserung und nach weiteren 14 Tagen völlige Heilung. Die Behandlung bestand in allgemein tonischer und Anwendung von Antovakzine, beginnend mit 50 Millionen und jeden vierten Tag um ebensoviel bis auf 250 Millionen steigend. Vielleicht könnte vorliegender Fall, wie P. glaubt, die Ätiologie der „Blasen" -Krankheiten einigermaßen klären, wenn auch die beschriebenen Befunde nichts absolut Beweisendes an sich haben dürften.

Die Dermatitis der Pellagra, von Thomson Frazer-Asheville. Nach Frazers Erfahrung ist die häufigste Hautlokalisation der Pellagra Handrücken und Vorderarme, Nacken und Brustbein und ihr Hauptcharakteristikum symmetrische Verteilung mit ziemlich scharfer Abhebung von der gesunden Haut. Der Beginn ist ein Erythema mit geringer Schwellung, nicht unähnlich einem Sonnenbrand, später gesellen sich auch Bläschen hinzu. Unter Anführung von drei derartig typischen Fällen weist Verfasser noch darauf hin, daß das Vorhandensein eines so streng symmetrisch geformten Ausschlages der beschriebenen Art einiges Licht auf manche, in ihrer Ätiologie oft so dunkeln Fälle von Dyspepsie, Diarrhoe oder „Neurasthenie" werfen könnte.

M. Stern-München.

Actas dermo-sifiliográficas.

4. Jahrgang, Nr. 4 (April bis Mai 1914).

1. Spätformen der Syphilis congenita, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser bringt die ausführlichen Krankengeschichten von 14 Fällen von Erbsyphilis bei Erwachsenen. Er weist auf die große Häufigkeit der hereditären Syphilis, speziell der Spätformen, hin. Er betont auch, wie oft diese Spätformen nicht richtig diagnostiziert und infolgedessen falsch behandelt würden.

2. Skarlatiniformes Erythem merkuriellen Ursprungs, von J. Sanz de Grado. Ein Patient mit Tripper und Nebenhodenentzündung bekam in einer Apotheke gegen letztere eine Quecksilber-Belladonnasalbe. Es entwickelte sich dann auf einer dreieckigen Region mit der oberen Bauchfalte und den Leistenbeugen zu Seiten ein Ausschlag; dieser besteht aus großen, roten Herden, wie beim Scharlach. An einigen Stellen bestehen einige kleine, isolierte, erythematöse Effloreszenzen; auf den Lenden finden sich kleine Bläschen und Purpuraflecken. Der Kranke klagt über allgemeines Unwohlsein, fiebert aber nicht.

3. Talalgia et Metatarsalgia syphilitica, von M. Forns. Die 21jährige Prostituierte litt seit $^1/_2$ Jahre an Kopf- und Gelenkschmerzen, die ohne Erfolg antirheumatisch behandelt wurden. Bei ihrer Aufnahme fanden sich heftige Schmerzen in der Ferse und in der Metatarsophalangeallinie. WR negativ. Da gleichzeitig Tripper bestand, wurde das Leiden für blennorrhoisch gehalten und mit Nicollescher Gonokokkenvakzine behandelt. Allein es trat keinerlei Effekt ein. Die nunmehr wiederholte WR

Digitized by Google

ergab positives Resultat. Die Kranke wurde darauf mit Neosalvarsan, Quecksilber und Jod behandelt, wodurch die Schmerzen ganz bedeutend gebessert wurden. Die Talalgie und Metatarsalgie ist also im vorliegenden Falle syphilitischer Natur gewesen; auf diese Ätiologie muß neben Blennorrhoe stets geachtet werden.

4. Zwei Fälle von Erysipel mit Ammoniumkarbonat geheilt, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Es handelte sich um ein Erysipel nach einer Warzenfortsatzaufmeißelung bei einer Frau und um ein äußerst heftiges Erysipel bei einem Manne mit Gesichtsekzem. Beide Patienten bekamen zweistündlich einen Eßlöffel einer 4%igen Ammoniumkarbonatlösung; in wenigen Tagen war das Erysipel geheilt.

5. Ausgedehnter Hautdefekt durch Anwendung der Bleiplatte geheilt, von Antonio Ledo. Die Patientin hatte auf der Streckseite des linken Unterarmes und auf dem Handrücken ein großes Geschwür von entzündlichem Charakter, mit grauweißen Granulationen, saniösem Belage und abgehobenem Rande. Es hatte sich aus einer diffusen Phlegmone nach einer infizierten Wunde entwickelt. Verfasser behandelte den Substanzverlust mit methodischer Adaption einer Bleiplatte und Kompression durch einen Verband. Nach etwa acht Monaten war eine lineare, größtenteils glatte Narbe erzielt worden; die Beweglichkeit des Armes war relativ gut.

6. Große vegetierende Warze mit Kohlensäureschnee behandelt, von A. Ledo. Der 67jährige Kranke hat im Gesicht und am Rücken zahlreiche fettige Warzen. Eine davon, auf dem rechten Schulterblatte, ist allmählich bedeutend in die Höhe und Breite gewachsen; sie ist schwammig, dunkelbraun, weich, gefurcht, höckrig papillomatös. Auf der Oberfläche finden sich einige kleine, schmerzhafte, leicht blutende Ulzerationen. Nachdem die ganze Oberfläche abgekratzt worden war, wurde Kohlensäureschnee durch drei Sekunden fest aufgedrückt. In elf Sitzungen war das Gebilde beseitigt.

7. Naevus angiomatosus mit Kohlensäureschnee behandelt, von A. Ledo. Das vier Monate alte Kind hatte über der rechten Augenbraue einen tumorartigen Naevus angiomatosus. Durch viermalige Anwendung von Kohlensäureschnee wurde der Naevus bis auf geringe, glatte Pigmentierung beseitigt.

8. Operative Inokulation eines syphilitischen Schankers, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Eine Frau ließ sich eine Talgzyste im Gesicht operieren; die Wunde schloß sich nicht, wurde größer und bildete sich schließlich zu einem typischen Primäreffekte mit regionärer Drüsenschwellung aus. Heilung durch Neosalvarsan und Quecksilber.

Einem anderen Kranken wurde das Zungenbändchen durchtrennt; die Operationswunde entwickelte sich zu einem harten Schanker.

Die Infektion mit Syphilis bei operativen Eingriffen erfolgt durch den Arzt, wenn er floride syphilitische Erscheinungen hat, oder durch Instrumente, wenn sie vorher bei Syphilitikern gebraucht worden waren. Deshalb muß sich jeder florid syphilitische Arzt von der Behandlung offener Wunden fernhalten; die Instrumente müssen sorgfältigst sterilisiert werden. Verfasser glaubt aber auch, daß in den öffentlichen Polikliniken sehr oft Syphilis übertragen werde, da ein Arzt Syphilitiker und Nichtsyphilitiker promiscue behandle. Es sollten daher in den Polikliniken die Syphiliskranken abgesondert werden.

Nr. 5 (Juni bis Juli 1914).

1. Ursachen und Prophylaxe der Vulvoperinealfisteln, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Abgesehen von Entbindungen, Dammrissen usw. sind die Ursachen der Vulvoperinealfisteln: Bartholinitis, weicher Schanker und Syphilis, wenn die Läsionen phagedänisch werden. Bei Bartholinitis entsteht die Fistel von innen nach außen, bei den beiden anderen Erkrankungen von außen nach innen. Die Fisteln bieten alle dasselbe

Digitized by Google

Aussehen: eine enge, eingezogene Öffnung, durch die nur eine dünne Sonde hindurchgeht; ein enger, meist geradliniger, epidermisierter Gang von verschiedener Länge. Sie enden meist blind, oder sie gehen in die Bartholinsche Drüse oder das Rektum. Die Fisteln machen an und für sich keine Symptome; erst wenn sich Komplikationen einstellen, werden die Patienten aufmerksam. Jene sind: Phlegmonen, Lymphangitis und -adenitis, Cellulitis pelvica usw. Die Behandlung muß vor allem prophylaktischer Natur sein; die Krankheiten, die zu Fisteln führen können, müssen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Ist die Fistel einmal etabliert, kann sie nur chirurgisch behandelt werden.

2. Die Vakzinetherapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen, von E. Mañuelo Villapadierna. Verfasser hat blennorrhoische Adnexerkrankungen mit verschiedenen Vakzinen, meist aber mit Gonargin, behandelt. Er hat ausgezeichnete Resultate bei chronischen Erkrankungen, die gegen die übrigen Behandlungsmethoden resistent waren, erhalten. Wenn auch die Vakzineinjektionen allein wirksam sind, so ist es doch zweckmäßig, sie mit den übrigen Methoden (Ruhe, Wärme usw.) zu kombinieren. Bei sehr alten Adnexerkrankungen, bei denen es zur Bildung von reichlich Bindegewebe und zur Verziehung der Bänder gekommen ist, leistet die Vakzine natürlich ebensowenig wie die anderen Methoden. Bei Erkrankungen, deren Ätiologie zweifelhaft ist, kann eine Vakzineinjektion wertvolle diagnostische Dienste leisten.

3. Syphilitischer Schanker des Zahnfleisches, von J. Sanz de Grado. Der 30jährige Kranke hat am Zahnfleische des Oberkiefers in der Mitte eine große, scharf umschriebene Ulzeration mit schmutzigweißem Grunde. Spirochäten positiv. Gleichzeitig besteht ein papulöses Syphilid, Kopf- und Knochenschmerzen. Heilung durch Neosalvarsan und Quecksilber.

4. Lupus tuberculosus mit Heliotherapie und Aurum-Kalium cyanatum behandelt, von E. A. Sáinz de Aja. Die 26jährige Patientin leidet an einem ausgedehnten Lupus am linken Arme, rechten Unterarme, Knie, Ober- und Unterschenkel. Die Herde sind von verschiedener Größe, bestehen aus dicht gedrängten, stark elevierten, roten Knötchen; sie heilen im Zentrum ab und schreiten peripher weiter. Die linke Oberextremität und die rechte Schulter sind in ganzer Ausdehnung befallen. Der Herd am Oberschenkel wurde exstirpiert, die am Knie, Unterschenkel und rechten Arm gründlich ausgekratzt; der linke Arm wurde mit Heliotherapie und Aurum-Kalium cyanatum behandelt. Es wurden im ganzen 200 Sonnenbäder in einer Gesamtdauer von 198 Stunden und 1,8 Zyangold in 60 Injektionen verabreicht. In sechs Monaten wurde fast völlige Heilung erzielt; nur an den Rändern bestehen noch einige lupöse Herde.

5. Syphilis in einer Familie, von M. Forns. Eine 36jährige Frau nahm ein Findelkind an die Brust, das Papeln im Munde, am Anus und Skrotum hatte. Die Frau akquirierte vier Primäraffekte an der rechten Brust, bekam Drüsenschwellung, Roseola, Genitalpapeln. Weder bei ihr noch bei dem Kinde wurde die Krankheit erkannt und behandelt. Acht Monate später bekam ihr Mann einen Primäraffekt am Penis, der von Roseola, Papeln am Genitale und im Munde gefolgt war. Vier Monate später stellten sich bei dem Mädchen des Ehepaares Roseola, Papeln am Genitale, Anus und im Munde ein. Antisyphilitische Behandlung.

Das Pflegekind hatte die Frau, diese ihren Mann, und dieser offenbar durch die Mundpapeln seine Tochter infiziert. Die Schuld an einem solchen Unglück liegt an der mangelhaften ärztlichen Kontrolle der Findelkinder und an der verfehlten Diagnose der Erkrankung.

6. Skarifikationen und Pyrogallussäure bei Lupus erythemato-tuberculosus, von Vicente Gimeno. Die Patientin hat rote papulöse, im Zentrum schuppende und

Digitized by Google

krustöse Herde auf beiden Wangen, der Nase und am Halse. Verfasser will sie mit Skarifikationen und Pyrogallol behandeln.

7. Payrsche Operation bei Lupus tuberculosus, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Vorstellung zweier Patientinnen, die vor sechs bzw. 17 Monaten in der angegebenen Weise operiert worden waren. Die erste Patientin ist völlig geheilt; bei der zweiten sind einige kleine, rezidivierende Herde geblieben, die leicht durch andere Methoden (Galvanokaustik, Radiotherapie) beseitigt werden konnten. Das häßliche Aussehen des Operationslappens verschwindet mit der Zeit, die Infiltration der Haut geht zurück und diese wird flach. Die Payrsche Methode ergibt also sehr gute Resultate und unterstützt andere Verfahren.

7. Jahrgang, Nr. 3. (Februar bis März 1915.)

1. Klinisch-therapeutische Studie über den weichen Schanker am Anus, von José S. Covisa. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

2. Phagedänische tertiäre Syphilis, von E. Alvarez Sáinz de Aja und José Artadi. Bei der 26jährigen Frau entstanden in der linken Weiche einige olivengroße, rote Knoten, welche konfluierten, sich ausbreiteten, ausstrahlende Schmerzen verursachten und schließlich ulzerierten. Sie wurde antiseptisch behandelt, worauf sich die Krankheit verschlimmerte, indem die Ulzeration fortschritt und weitere Knoten auf der Weiche, dem Schamberg, der großen Schamlippe und in der Genitokruralfalte auftraten; diese Knoten ulzerierten rasch und vereinigten sich mit den früheren. Unter verschiedenen therapeutischen Methoden verschlimmerte sich das Leiden ständig; das ganze linke große Labium, die vordere Kommissur und das Perineum wurden von papulo-ulzerösen Läsionen ergriffen. Dieselben erschienen in der Präaurikulargegend und an der Vorderwand des äußeren Gehörganges; in der rechten Brust entstand ein Knoten unter normaler Haut. Nunmehr kam die Kranke in Behandlung zu den Verfassern, die die Diagnose auf tertiäre phagedänische Syphilis stellten. Die Leistendrüsen waren nicht entzündlich geschwellt, aber auch nicht sehr derb, so daß ein phagedänischer weicher Schanker wie auch ein Primäraffekt ausgeschlossen werden konnten. Völlige Heilung durch Salvarsan-Quecksilber-Jod.

3. Paraplegia syphilitica vom Erbschen Typus, von Vicente Gimeno. Der 29jährige Mann hat sich wahrscheinlich 1910 syphilitisch infiziert und verschiedene Male Symptome gehabt, die aber nicht spezifisch behandelt wurden. Im Oktober 1913 bemerkte er Schwierigkeiten bei Bewegungen, Muskelschwäche und Ameisenlaufen in den Beinen. Die Miktion wurde sehr häufig, die Defäkation selten. In der folgenden Zeit mußte Patient immer häufiger urinieren, während eine tagelange Verstopfung eintrat. Auch die Bewegungsstörungen nahmen immer mehr zu; der Kranke konnte die Beine, besonders das linke, nur schwer bewegen und konnte sich kaum auf ihnen halten, so daß er schließlich einen Stock, dann zwei zur Stütze nehmen mußte. Es bestand leichter Romberg, Babinski, die Reflexe waren enorm gesteigert. Unter einer lange fortgesetzten Salvarsanquecksilberbehandlung wurde die Polyurie beseitigt und die Beweglichkeit der Beine bedeutend gebessert, so daß Patient mit einem Stocke gehen konnte. Die Verstopfung blieb bestehen.

4. Neue Anwendungsart der Staphylokokkenvakzine, von José S. Covisa und R. Gnozález Agustina. Verfasser haben Staphylokokkenvakzine bei Entzündungen der inguinalen und kruralen Lymphdrüsen verwendet; sie inizierten polyvalente Vakzine in der Menge von 0,5—2 ccm in Abständen von 3—8 Tagen. Die Zahl der Injektionen betrug 3—5. Die Verfasser sind mit den Erfolgen sehr zufrieden und empfehlen die Vakzineanwendung für diese Adenitiden. Bei akuten, nicht vereiterten Entzündungen

Digitized by Google

führt die Vakzine häufig ohne jede andere Therapie zur Resorption; sind die Drüsen bereits vereitert, so wird durch die Injektionen die Heilung beschleunigt, die Periadenitis beseitigt. Subakute Adenitiden, die mit wenig Schmerz und ohne Beteiligung der Haut einhergehen, werden rasch resorbiert, die Eiterung erleichtert und abgekürzt. Bei chronischen Drüsenschwellungen, die keine Beschwerden machen, wird die Erweichung und Vereiterung verhindert. Bei Drüsenschwellung infolge eines Schankers haben die Vakzineinjektionen natürlich keinerlei Effekt.

5. Ein Fall von Mykosis fungoides, von José S. Covisa. Das Leiden begann bei dem Patienten vor Jahren mit multipeln, trockenen, schuppenden, stark juckenden Herden; daneben bestanden Erytheme, sowie auch über das Hautniveau erhabene Infiltrationen. Diese letzteren, die ebenfalls heftigst juckten, wuchsen an einigen Stellen wie am Bauche und den Extremitäten zu großen, roten, nicht gestielten Tumoren heran, die auf der Oberfläche ulzeriert waren und stark sezernierten. Die zahlreichen Geschwüre und das heftige Jucken brachten den Kranken stark herunter, der von Klinik zu Klinik zog und unter den verschiedensten Diagnosen erfolglos behandelt wurde. Erst vom Verfasser wurde die Diagnose Mykosis fungoides gestellt. Der Patient wurde der Röntgenbestrahlung unterzogen; das Jucken schwand völlig, die Hauterscheinungen sind bedeutend zurückgegangen, so daß Aussicht auf völlige Heilung besteht.

6. Purpura ecchymotica von seltener Lokalisation, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Bei der 27jährigen Patientin traten vor einigen Monaten rote Flecken im Gesicht, am Kopfe, Thorax und an den Armen auf; es kamen noch einige solcher Schübe, die dieselbe Lokalisation einhielten. Es fanden sich auf der Stirne, den Wangen, der behaarten Kopfhaut, der oberen Hälfte des Stammes und den Armen zahlreiche Ekchymosen von verschiedener Größe in den verschiedenen Phasen der Umwandlung des Blutfarbstoffes. Die Blutungen lagen alle in der Kutis. Der Gesamteindruck war der, als ob die Patientin verprügelt worden wäre. Im Munde fanden sich die Tonsillen dunkelrot, fast schwarz gefärbt. Die Verfärbung war streng auf die Tonsillen begrenzt, der weiche Gaumen war von normaler Farbe. Es bestand keine Schmerzhaftigkeit. Der Anblick war der eines Melanosarkoms. Die Untersuchung ergab fast normale Verhältnisse. Verfasser bespricht näher die Diagnose und Differentialdiagnose dieses Falles, die wegen der eigentümlichen Lokalisation der Erkrankung schwierig waren. Es war auch die Möglichkeit einer Simulation in Betracht zu ziehen, doch glaubt Verfasser diese ausschließen zu können, da simulierte Hautaffektionen eine andere Lokalisation einhalten und vor allem den Rücken freilassen. Auch die scharfbegrenzte Affektion der Tonsillen spricht dagegen.

7. Fall zur Diagnose, von Cebrián. Der Kranke hat in der Mitte der Unterlippe eine 10 : 6 mm große, 1 mm dicke Läsion von weißer opaleszierender Farbe, leicht zottiger Oberfläche, mit normaler Schleimhaut. Es bestehen keine Schmerzen, keine Induration, keine Drüsenschwellungen. Die Diagnose schwankt zwischen Leukoplakie und Papillom.

8. Syphilis pigmentaria, von J. Sanz de Grado. Bemerkenswert ist nur das Befallensein von Hals, Arm, Ellenbogen und Achsel.

9. Furunkulose und Staphylokokkenvakzine, von Vicente Gimeno. Verfasser hat in einem Falle von Furunkulose Staphylokokkenvakzine in hohen Dosen (1000 Millionen Staphylokokken) injiziert. Er war erstaunt über die prompte Wirkung und die Geringfügigkeit der Nebenerscheinungen.

10. Purpura recidivans orthostatica, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die syphilitische Patientin litt seit drei Wochen an Kopfschmerzen, vor zwei Wochen stellte sich an den Unterextremitäten eine typische Purpuraeruption mit Schmerz und Ödemen ein. Dieselben Erscheinungen folgten bald auf den Armen. Die Patientin wurde mit

Digitized by Google

Bettruhe und nebenbei antisyphilitisch behandelt. Als der Schub abgeheilt war, stand sie auf; am nächsten Tage war eine neuerliche Purpuraeruption aufgetreten. Es wiederholte sich nun mehrmals dieselbe Erscheinung, daß unter Bettruhe die Purpura abheilte, aber sofort wieder erschien, wenn die Kranke aufstand. Verfasser gab nun ein Gemisch von phosphorkohlen- und chlorsaurem Kalk, das die Purpura beseitigte.

R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Thermopenetration in der Frauenheilkunde, von B. Kelen-Budapest. (Orv. Hetilap, 1914, Nr. 1.) Akute Blennorrhoe (Urethritis, Vulvovaginitis) bessert sich unter thermischer Behandlung zumeist, doch ist sie für die Thermopenetration wenig geeignet. Für das einfache Verfahren, das der Kranke selbst vornehmen kann, sind die Resultate zumeist dieselben. In der Heilung der Blennorrhoe ist die Thermopenetration infolge der Wirkung auf die Gonokokken wichtig, weil sie bei einer Temperatur von über 41° zugrunde gehen. Wenn es gelingen würde, die Wärme so zu verteilen, daß das ganze kranke Gebiet bedeutend über 41° erwärmt werden könnte, möchten die Gonokokken nach einmaliger genügend langer Behandlung vernichtet werden. Das ist vorläufig nicht möglich. Die Vulvovaginitis bei Kindern kann ohne Hymenverletzung mit einer dünnen vaginalen Elektrode leicht und wirksam behandelt werden. In Fällen von chronischer hartnäckiger blennorrhoischer Vaginitis ist das Resultat besonders hervorzuheben. Nach Einstellen der Behandlung verschlimmert sich das Leiden sofort wieder. Mehrere Fälle heilen bei Thermopenetration ohne Rezidive glatt. Unter den akuten und chronischen Blennorrhoefällen gibt es solche, die aus unbekannten Ursachen sich nicht bessern. Endometritis, Metroendometritis und Fluor bessern sich weniger durch dieses Verfahren. M. Porosz-Budapest.

Die Diathermie bei Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen, von Baradulin. (Wratschebnaja Gaseta, 1914, Bd. 21, S. 497.) Die Anwendung der Diathermie genügt in einigen Fällen von Blennorrhoe, in welchen läßt sich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, zur Ausheilung derselben. In den akuten Fällen lindert die Diathermie die subjektiven Empfindungen, beruhigt die Schmerzen und die Entzündung des Harnkanals. In den chronischen Fällen begünstigt dieselbe einen raschen Schwund der Gonokokken. Bei der Komplikation, bei Epididymitis und Arthritis, wirkt die Diathermie in einigen Fällen überraschend, indem sie die Krankheit schwerer heilt, in anderen die subjektiven Empfindungen sehr beruhigt. Überhaupt muß von der Diathermie gesagt werden, daß, wenn sie auch nicht die Blennorrhoe ausheilt, sie doch ein mächtiges Hilfsmittel für die Behandlung derselben bedeutet. A. Jordan-Moskau.

Behandlung der akuten Blennorrhoe, von R. Uteau und E. Saint-Martin. (La province méd., 1913, Nr. 45.) Nach weitschweifigen Bemerkungen über das Vorkommen nicht-blennorrhoischer akuter Urethritis, der Prophylaxe der Blennorrhoe und ihrer sozialen Wichtigkeit kommen die Verfasser auf die Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe zu sprechen. Sie empfehlen hierfür mehrere Methoden: 1. Instillation einer 2%igen Argent. nitric.-Lösung in die Urethra anterior für zwei Minuten. 2. Die alte Janetsche Methode der tiefen Ausspülungen nach Janet mit Kalium permanganicum in steigender Konzentration von 1:7000—1:500, acht Tage lang, die ersten vier Tage zweimal, die letzten nur einmal eine Spülung jeder Harn-

Digitized by Google

röhre für sich gesondert. 3. Abänderungen respektive Modifikationen der Janetschen Methode von Motz (Kombination der Kaliumpermangt.-Spülungen mit Protargolinjektionen) und Suirard-Janetsche Spülungen mit Kaliumpermanganat 1 : 10 000. Weiterhin sind Spülungen mit Hg oxycyanat. 1 : 2000—1 : 400 empfohlen; desgl. mit Argyrol, Syrgol und Kollargol 1 : 1000. Bei Fehlschlagen wird Fortsetzung der warmen Spülungen, einmal täglich wochenlang angeordnet. Von den Internis ziehen die Verfasser Helmitol und Urotropin den Balsamizis vor. (Vereinigung von Helmitol und Methylenblau.) Glombitza-Dresden.

Eine Behandlung der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre, von Juan de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1914, Nr. 1.) Azua läßt vier Waschungen der vorderen Harnröhre täglich vornehmen, davon wird die eine mit Kaliumpermanganat, die drei anderen mit dünnen Höllensteinlösungen vorgenommen und zwar entweder mit doppelläufiger Kanüle oder mit einer weichen Gummisonde.

A. Gunsett-Straßburg.

Neue Verbesserungen in der Behandlung der Blennorrhoe, von Robert Duhot. (Rev. Belge d'Urologie et Derm.-Syph., 1913, Nr. 4.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge, die er mit der Nicolleschen Vakzine, den Kolloidmetallen und dem Kaviblen von Bruck erzielt hat. Er stellt folgendes Behandlungsschema auf: 7—8 intravenöse Injektionen von Vakzine; 3—4 Tage Spülungen mit schwachem Kaliumpermanganat, die vom fünften Tage an von der Einführung eines einprozentigen, vom neunten Tage eines zweiprozentigen Kaviblenstäbchens gefolgt werden. Innerlich erst Urotropin, dann Santal. Komplikationen werden mit Elektrargol oder mit Vakzine behandelt. Verfasser hofft, mit diesen Mitteln die Behandlungsdauer des Trippers auf etwa zwölf Tage zu reduzieren. R. Frühwald-Leipzig.

Die Diagnose und Behandlung der chronischen Blennorrhoe und deren lokaler Komplikationen, von H. W. Bayly-London. (Brit. m. J., 14. März 1914.) Gibt eine Zusammenstellung von erprobten und neueren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Zum Referieren nicht geeignet. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoea bei Männern, von A. Hayes. (Brit. m. J., 12. Sept. 1914.) Übersichtsartikel. H. Boas-Kopenhagen.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoea bei Männern, von R. Powell. (Brit. m. J., 26. Sept. 1914) Übersichtsartikel. H. Boas-Kopenhagen.

Choleval in der Therapie der Blennorrhoe, von Nik. Vajda-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujsag, 1913, Nr. 3.) Im Anschluß an sieben Fälle betont Verfasser, daß im Choleval ein sehr energisches, rasch wirkendes Antiparasitikum gewonnen worden ist, aber es ist nicht zugleich ein entzündungswidriges Mittel. Im akuten Stadium, wenn die Entzündungssymptome nicht vorherrschen, ist der Zweck, sie mit Adstringentien zu mildern, und nach Verschwinden der heftigen Symptome geht man zu antiparasitischen Mitteln über. Die Patienten klagen, beinahe alle, über starkes Brennen und Zwicken; die injizierte Flüssigkeit sind sie nicht imstande fünf Minuten zu behalten, denn sie bekommen einen starken Harndrang. Sie behalten sie nur fünf Minuten bei sich. Das Urinieren nach der Injektion ist sehr schmerzhaft. Die Eiterung ging in allen Fällen bedeutend zurück, die Gonokokkenkolonien sind zerfallen, die Eiterzellen lösten sich durch Protoplasmagift zytolotisch. Einige Tage später sah Verfasser unter dem Mikroskop 1—2 Gonokokken nur in Zellen, so auch sehr viel losgelöste Epithelzellen. Bald aber verschwinden auch diese Gonokokken.

M. Porosz-Budapest.

Über die interne Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von U. Rebaudi-Genua. (Boll. d. Clin., Februar 1914.) Versuche mit Géroseptol bei etwa

Digitized by Google

100 Fällen von Harnröhrentripper. Verfasser beobachtete nie unangenehme Nebenwirkungen auf Niere, Magendarmtraktus oder Haut, dagegen übte das Mittel stets einen günstigen Einfluß auf die brennenden Schmerzen, den Harndrang, die Erektionen und alle übrigen subjektiven Symptome der akuten Urethritis und ihrer Komplikationen aus. Auch bei blennorrhoischer Zystitis bewährte sich Géroseptol ausgezeichnet.

K. Rühl-Turin.

Gonaromat, von M. Friedlaender. (Ther. d. Gegenw., Februar 1914.) Gonaromat ist ein Ol. santali-Präparat, dem von der Herstellungsfirma (Kommandantur-Apotheke zu Berlin) einige Öle zugesetzt sind, die angeblich schmerzlindernd, entzündungswidrig, gefäßverengend und bakterizid wirken sollen. F. hat an 100 Fällen das Mittel erprobt und räumt ihm „einen hervorragenden Platz in der internen Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen" ein. E. Brinitzer-Altona.

Zur Gonargintherapie, von J. Schumacher-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 44.) Gonargin ist ein spezifisch wirkendes Mittel bei blennorrhoischen Komplikationen, wie Epididymitis, Arthritis blennorrhoica und Tendovaginitis. Bei Prostatitis ist der Erfolg nicht immer befriedigend, doch empfiehlt es sich dabei immerhin einen Versuch zu machen, da man zuweilen oft glänzende Erfolge sieht. Angewandt wird Gonargin in steigender Keimzahl, am besten intramuskulär; seine intravenöse Injektion ist nicht zu empfehlen, weil dabei fast stets hohe Temperaturen bis zu 40° und darüber hinaus zu beobachten sind, ganz abgesehen von den subjektiven Klagen, wie starke Kopfschmerzen und Frösteln.

Erfahrungen über spezifische Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen, von Fritz Fischl-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 7.) An der Klinik Riehls sind mit Arthigon Bruck und Gonargin Menzer ziemlich gleichwertige Erfahrungen gemacht worden, die in Übereinstimmung mit vielen anderen Verfassern bei den sogenannten „geschlossenen Blennorrhoeformen", bei Epididymitis und Arthritis zweifellos günstige waren, während die Erkrankung der Harnröhre selbst unbeeinflußt blieb. Manchmal trat nach der ersten Injektion eine Art Reaktion der erkrankten Urethralschleimhaut in Form eines stärkeren, dickeitrigen Ausflusses auf, der eine zwei bis drei Tage dauernde Besserung zu folgen pflegte. Aber auch nach fünf Injektionen, die in dreitägigen Intervallen vorgenommen wurden, fanden sich noch reichlich Gonokokken. In chronischen Fällen trat nach intravenöser Injektion von 0,1 Arthigon fast konstant eine Temperatursteigerung auf, die manchmal 40° überstieg, und die unter Umständen ein wichtiges Hilfsmittel zur Erkennung der oft sozial bedeutsamen Aktivität alter blennorrhoischer Herde werden kann. Unter zwölf mit Vakzine behandelten Fällen von Prostatitis wurden drei geheilt, sechs wesentlich gebessert und drei blieben unbeeinflußt.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mit Gonargin, von Johannes Herrmann-Dortmund. (M. Kl., 1914, Nr. 10.) Gonargin — eine Gonokokkenvakzine — wird von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht in Ampullen, die in 1 ccm 5, 10, 15, 25, 50 Millionen abgetöteter Gonokokken enthalten. Der Verfasser glaubt, daß man mit 10 Millionen anfangen, je nach der Konstitution des Patienten nach drei Tagen 25 und nach weiteren drei Tagen 50 Millionen geben könnte. Bei Epididymitis ist der Verfasser mit vier Injektionen ausgekommen, bei Arthritis mit fünf oder sechs. Er sah nie eine deutliche Reaktion am Krankheitsherde oder an der Stichstelle oder Infiltrate. Auch die Temperatursteigerungen waren gering und am dritten Tage immer wieder zurückgegangen. Nur bei sehr hoher Temperatur nahm der Verfasser Rücksicht mit dem Beginn der Kur; bei geringer Temperatursteigerung leitete er die Kur ein. Bei Epididymitis erfolgte innerhalb von 24 Stunden ein Rückgang der

Digitized by Google

Schmerzen und der Infiltration, doch hat Herrmann in 25 Fällen niemals eine völlige restitutio ad integrum beobachten können, und zweimal trat während der Behandlung ein Übergreifen auf die andere Seite auf. Sehr günstig lauten die drei Beobachtungen bei Arthritis, weniger gut bei Prostatitis. Auf die Blennorrhoe selbst ist Gonargin ohne jeden Einfluß. Herrmann schließt mit den Worten: „Wir haben im Gonargin ein Mittel, um, wenn auch nach den jetzigen Erfahrungen nicht die Blennorrhoe, so doch die lästige und schmerzhafte Beigabe, die Komplikationen, erfolgreich bekämpfen zu können. O. Lasch-Breslau.

Hegonon in der Blennorrhoebehandlung, von G. Bohm-Berlin. (M. m. W., 1913, Nr. 50.) Das von der chemischen Fabrik vorm. E. Schering unter der Bezeichnung Hegonon vertriebene Silbernitrat-Ammoniakalbumose hat Verfasser bei 43 Fällen von Urethralblennorrhoe angewandt und als ein im allgemeinen reizloses, wirksames und auch in die tieferen Schichten der Schleimhaut eindringendes Mittel bewährt gefunden. Für akute Fälle empfiehlt er Spülungen nach Janetschem Muster mit etwa 500 ccm einer Lösung von 1:2000 täglich vorzunehmen; oder auch man läßt den Patienten selbst Injektionen mit einer $^1/_4$%igen Lösung ausführen. Von sechs abortiv behandelten Fällen heilten vier vollständig in 7 Tagen aus. Bei den chronischen Fällen war ebenfalls eine günstige Wirkung des Hegonons anzunehmen, obwohl bei diesen auch sonstige therapeutische Mittel in Anwendung kamen. A. Philippi-Salzschlirf.

Kollargol und Arthigon bei blennorrhoischen Komplikationen, von Renisch. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Im allgemeinen kann als Regel gelten, daß das Kollargol für die akuten, das Vakzin für die chronischen Prozesse indiziert ist. Direkt schädlich und sogar lebensgefährlich hat sich das Arthigon erwiesen bei akuten blennorrhoischen Prozessen des kleinen Beckens, speziell bei eitriger Prostatitis und Salpingitis. Nur bei Arthritis kann man in relativ frühem Stadium mit der Vakzinbehandlung schon beginnen. Bei älteren Epididymitisfällen, bei Prostatitis und auch bei Entzündungen des Vas deferens und der Samenbläschen kann man oft mit großem Vorteil an eine vorbereitende Kollargolbehandlung die Vakzinetherapie anschließen. Man verwendet vom Kollargol eine 1%ige Lösung, die in kaltem, frisch destilliertem Wasser hergestellt wird. Dieselbe wird nach 10 Minuten im Wasserbad sterilisiert. Hiervon injiziert man 5—10 ccm jeden Tag intravenös während 8—14 Tagen. Vom Arthigon gibt man bei intramuskulärer Injektion zunächst 0,25 und steigert in viertägigen Abschnitten bis auf 2,0. Intravenös wird von 0,025 auf 0,2 gegangen bei Verabreichung von im ganzen höchstens fünf Injektionen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Anwendung von kolloidalem Jod bei akuter und chronischer Blennorrhagie, von Gérard Beyler. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 33.) Verfasser wendet Jodargol, ein kolloidales Jodpräparat, bei Blennorrhoe an. Nach seiner Meinung muß dieses Mittel in die erste Reihe der Antiblennorrhoika rücken, da es rapide wirkt und völlig unschädlich ist. R. Frühwald-Leipzig.

Kolloide und Blennorrhoe, von Mistiaen. (Rev. Belge d'Urol. et Derm.-Syph., 1913, Nr. 4.) Intravenöse Injektionen von Elektrargol beeinflußten den Tripper nicht, dagegen aber seine Komplikationen, namentlich Epididymitis. Dafür sah Verfasser in einigen Fällen auch eine Besserung der Urethralerkrankung nach Injektion von kolloidalem Rhodium. R. Frühwald-Leipzig.

Thigan, ein neues äußerliches Antiblennorrhoikum, von G. Stümpke-Linden. (M. m. W., 1914, Nr. 29.) Das Thigan, eine Verbindung von Thigenol mit Silber, ist nach den Erfahrungen, welche Verfasser im Laufe von $1^1/_2$ Jahren bei etwa 400 Fällen von Blennorrhoe gesammelt hat, als ein wirksames und durch Reizlosigkeit ausgezeichnetes Präparat zu bezeichnen, das sowohl bei dem akuten Stadium des Leidens, als auch

Digitized by Google

bei Komplikationen, wie Epididymitis, Prostatitis usw., gut vertragen wird. Daß das Mittel günstig auf Gonokokken einwirkt, ergab sich aus den regelmäßig durchgeführten Untersuchungen des Urethralschleims, der im Durchschnitt im Laufe von 8 Tagen bis 3 Wochen gonokokkenfrei wurde. Allerdings ist genaue Beachtung der Behandlungsvorschrift nötig: täglich 5 Injektionen in die Harnröhre mit einer Verweildauer von mindestens 10 Minuten, Bettruhe und zweckmäßige Diät. Geliefert wird das Präparat von der Firma Dr. G. Hennig in Berlin. A. Philippi-Salzschlirf.

Phylakogen bei Blennorrhoe. Bericht über eine Feststellung von dessen Wert bei der Behandlung von einigen blennorrhoischen Infektionen, von L. W. Harrison. (Lanc., 1913, S. 1375.) Unter der Bezeichnung Phylacogene werden von einer amerikanischen Firma nach der Vorschrift von A. F. Schafer (Californien) gewissermaßen Extrakte von verschiedenen Bakterien für therapeutische Zwecke hergestellt und empfohlen. Zu dem universellen Stammpräparat werden für einzelne Krankheiten, wie Blennorrhoe, Pneumonie, Erysipel usw., ein Filtrat von den spezifischen erregenden Mikroorganismen zugesetzt. Man hat also ein Blennorrhoephylakogen, ein Erysipelphylakogen usw. Das Mittel wird sowohl subkutan und intramuskulär, als auch intravenös verabreicht. Verfasser hat es bei 16 Fällen von blennorrhoischer Infektion teils der Urethra, teils der Epididymis und (einmal) von Gelenken angewandt, doch waren die Resultate nicht bessere als die mit den bisherigen Behandlungsmethoden erzielten. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Serologie der blennorrhoischen Erkrankungen, von Jul. Finkelstein und T. Gerschun. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Komplementbindungsreaktion und die v. Pirquetsche Kutanreaktion, angestellt mit Gonokokkenantigen, sind für die Blennorrhoe spezifisch, da sie bei andern Erkrankungen nicht zu erzielen sind. Beide Reaktionen werden bei der Blennorrhoe häufig beobachtet, insbesondere bei der chronischen. Die Agglutinationsreaktion hat bei der Blennorrhoe keinen praktischen Wert. G. Heymann-Elbing.

Impfungen mit sensibilisiertem Virus bei Blennorrhoe und namentlich bei deren Komplikationen, von L. Cruveilhier-Paris. (Lanc., 1913, S. 1311.) Mit dem nach Besredkas Methode sensibilisierten Gonokokkenvirus hat Verfasser namentlich bei Epididymitis und bei Arthritis blennorrhoica acuta und chronica, sowie bei Affektionen des Uterus und dessen Anhängsel sehr beachtenswerte Resultate erzielt. Bei der Epididymitis wurden mit Pausen von je 48 Stunden 2—3 Einspritzungen gegeben mit dem Erfolge, daß in höchstens 2 Tagen alle Schmerzen vergangen waren und die Kranken wieder ihrem Berufe nachgehen konnten. Ebenso vergingen nach wenigen Injektionen auch langwierige Affektionen der weiblichen Genitalorgane in etwa 2—3 Wochen. Für die blennorrhoische Arthritis scheint eine etwas größere Zahl von Injektionen nötig zu sein, doch werden hierbei Heilungen auch von ganz inveterierten Fällen berichtet. Ferner glaubt C., auch bei akuter und chronischer Urethralblennorrhoe mit der Methode günstig eingewirkt zu haben. Das Serum wurde von einer Ziege nach intravenöser Injektion von Gonokokken entnommen, und die Injektionen bei den Patienten wurden ins subkutane Zellgewebe ausgeführt. Irgend welche erhebliche Nebenwirkungen oder Schädigungen kamen nicht vor. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Arthigonbehandlung der blennorrhoischen Komplikationen, von E. Liszniai-Budapest. (Orv. Ujsag, 1913, Nr. 9.) Verfasser gab als Anfangsdose 0,50 ccm; nach 2—3 tägiger Dauer der fieberhaften Reaktion stieg er auf 1 ccm. Stellte sich keine Reaktion ein, so injizierte er schon am zweiten Tage die letztere Dose. So sind 4 bis 5 Injektionen notwendig, wodurch 5—6 ccm Arthigon in den Organismus gelangen. Verfasser hatte in 20 Fällen Gelegenheit, bei Epididymitis Arthigon anzuwenden. In allen

Digitized by Google

Fällen hörten 12—24, spätestens 36 Stunden nach der ersten Injektion die peinlichen spontanen Schmerzen auf, nur die Druckempfindlichkeit hielt an. Nach der ersten Injektion stellte sich fieberhafte Reaktion in allen 20 Fällen ein, in 12 Fällen mit einer Temperaturerhöhung auf 38° und darüber, in 8 Fällen unter 38°. Einige Stunden nach der Injektion, noch ehe sich die fieberhafte Reaktion eingestellt hatte, traten in dem kranken Nebenhoden peinliche reißende und zuckende Schmerzen auf. Die Skrotumhaut nahm eine gesteigerte Röte an. Die vorhandene Gedunsenheit des Nebenhodens oder des Funikulus nahm zu, verging aber innerhalb der ersten 12 Stunden in allen Fällen. Nach der zweiten Injektion stellte sich fieberhafte Reaktion in allen Fällen ein, in 9 Fällen über 38°, in 11 Fällen unter 38°. Nach Herdreaktionen stellten sich Besserungsmomente ein; eine bedeutende Verminderung der Gedunsenheit, Abnahme der Druckempfindlichkeit folgte bald. Nach der dritten Injektion beobachtete Verfasser selten lokale Reaktion. Fieberhafte Reaktion stellte sich in allen Fällen ein, in 12 Fällen mit einer Temperaturerhöhung über 38°, in 8 Fällen unter 38°. Der normale Teil des Nebenhodens erweist sich noch verdickt, aber schmerzlos, während der Kopf in den meisten Fällen schon weich, leicht herausfühlbar ist. Der Funikulus hingegen ist mehr verdickt als in normalem Zustande. In 18 Fällen kam auch noch eine vierte Reaktion zustande, mit geringerer fieberhafter Reaktion. Ungefähr in der Hälfte der Fälle blieb eine Verdickung in Haselnußgröße, aber absolut schmerzlos, zurück, während nach Funikulitis der Funikulus schon um diese Zeit ganz normale Verhältnisse zeigte. Heilung trat in 2 Fällen nach 11, in 3 Fällen nach 13, in 4 Fällen nach 15, in 4 Fällen nach 17, in 3 Fällen nach 18, in 3 Fällen nach 18, in 3 Fällen nach 20, in 1 Falle nach 21 Tagen ein. Durchschnittliche Heilungszeit 15 Tage. Die Injektionen wurden intramuskulär vorgenommen. Nur bei sehr sensibeln Kranken gehen sie mit Schmerzen von einigen Stunden Dauer einher, die manchmal auf die lumbale Gegend an der entsprechenden Seite, auf den Schenkel, Unterschenkel, Knöchel ausstrahlen, aber sie verursachten in keinem einzigen Falle unerträgliche Schmerzen. Ein Infiltrat blieb nach der Injektion in keinem Falle zurück. Arthigon übt auf die Blennorrhoe selbst keine Wirkung aus; in einem Falle trat zu der einseitigen Epididymitis nach der zweiten Injektion eine Entzündung des anderen Nebenhodens auf. In einem anderen Falle stellte sich nach der ersten Injektion nach zweitägigem besserem Zustande Steigerung mit erhöhter Gedunsenheit, Schmerzhaftigkeit, Fieber, und schließlich bei einem an rechtsseitiger Gonitis leidenden Patienten trat nach der dritten Injektion linksseitige Kniegelenkentzündung auf. In 5 Fällen versuchte Verfasser bei Arthritis Vakzinebehandlung. Alle Fälle mit Ausnahme eines einzigen reagierten mit Temperaturerhöhung; lokale Reaktion trat auf, und in allen Fällen mit einer einzigen Ausnahme hörte sie nach 4—8—10 Stunden auf. Der Verlauf, Grad, Raschheit war in einzelnen Fällen verschieden. Arthigon ist demnach bei blennorrhoischen Komplikationen ein sehr gutes Spezifikum, das hauptsächlich bei blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen mit hervorragendem Erfolge gegeben werden kann. Arthritis beeinflußt es günstig. Es ist dabei ein unschuldiges Mittel, das außer dem fieberhaften Zustande keine Unannehmlichkeiten bereitet. Es hat bei Mono- und Polyarthritis von ungewisser Ätiologie auch einen diagnostischen Wert, da die lokale und die Temperaturerhöhungsreaktion zumeist für den blennorrhoischen Ursprung spricht. M. Porosz-Budapest.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe und deren Komplikationen, von Adolf Keil. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 34.) Verfasser berichtet über 22 Fälle, bei denen das von Bruck angegebene Arthigon benutzt wurde. Die meisten Erfolge wurden erzielt bei Arthritis und Epididymitis blennorrhoica. Ein Fall blieb ganz unbeeinflußt. Wenn auch die allgemein gemachte Beobachtung zu Recht besteht, daß auf unkompli-

Digitized by Google

zierte Urethritis blennorrhoica Arthigon keinen Einfluß hat, so ergab die Beobachtung doch, daß bei bestehender Komplikation, die sich nach Arthigoninjektionen rasch besserte, auch der Harnröhrenprozeß einen rascheren Rückgang zeigte, was übrigens schon von anderer Seite ebenfalls mitgeteilt ist. G. Heymann-Elbing.

Zur Frage der Vakzinetherapie der blennorrhoischen Erkrankungen, von J. Gerschun und J. Finkelstein. (B. kl. W., 1913, Nr. 37.) Die Gesamtzahl der mit Vakzine behandelten Kranken betrug 84. Die Anwendung der Gonokokkenvakzine in kleinen und mittleren Dosen ist für die Kranken ohne jede Gefahr. Das Schwinden des Schmerzes nach den ersten Injektionen bei blennorrhoischen Arthritiden und Epididymitiden ist eine regelmäßige Äußerung der Wirkung der Vakzine; gleichzeitig damit geht auch die Resorption der arthritischen und epididymitischen Infiltrate. In Blennorrhoen mit Arthritis und Epididymitis, aber auch in Fällen von unkomplizierten akuten und subakuten Blennorrhoen schwanden die Gonokokken in einem großen Prozentsatz der Fälle, und dieser Schwund muß der Wirkung der Vakzine zugeschrieben werden. G. Heymann-Elbing.

Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe, von K. Klause. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Verfasser berichtet über Erfahrungen an einem Material von etwa 700 Fällen der Herxheimerschen Klinik. Möglichst frische Vakzine ist zu verwenden, da mit dem Alter der Vakzine ihre Wirkung ab-, die Nebenerscheinungen zuzunehmen scheinen. In 4—5 tägigen Intervallen werden steigende Dosen injiziert, von 5—10 Millionen Gonokokkenkeimen beginnend bis zur Höchstdosis von 100—200 Millionen Keimen im Kubikzentimeter. Geringes Fieber ist keine Kontraindikation. Der therapeutische Wert tritt am meisten bei der Epididymitis und Arthritis blennorrhoica zutage. Bei diesen Komplikationen sind die Erfolge fast durchweg gut, oft geradezu überraschend. Nicht so augenfällig, aber immerhin noch deutlich beeinflußbar sind die blennorrhoischen Adnex- und Zervixerkrankungen des Weibes und die parenchymatöse Prostatitis. Sehr zweifelhaft sind die Erfolge bei Funikulitis, und gänzlich erfolglos ist die Vakzination bei Urethritis, katarrhalischer Prostatitis und Proctitis. Relativ frische Fälle werden besser beeinflußt als ältere. Dauernde Schädigungen sind von der Vakzination nicht zu befürchten. Vorübergehende Erscheinungen sind so unbedeutend, daß auf die Vorteile der Vakzination nicht verzichtet werden sollte. Ein Versuch mit Gonokokkenvakzine ist in jedem Falle angezeigt, in dem im Verlaufe einer blennorrhoischen Erkrankung das Bestehen eines geschlossenen Herdes angenommen werden kann. G. Heymann-Elbing.

Die Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, von Alfred Brandweiner-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 43.) Zunächst berichtet Brandweiner über seine Versuche, mit Arthigon brauchbare Kutireaktionen zu erhalten und bestätigt Brucks Urteil, daß das in zuverlässiger Weise nicht gelingt. Die mit dem v. Pirquetschen Bohrer angestellten Impfungen ergaben bisweilen bei sicher blennorrhoischen Individuen negative, und in einigen Fällen sicher nichtblennorrhoisch Erkrankter positive Reaktionen. Ebensowenig glückte es dem Verfasser mit monovalenter, hochkonzentrierter Gonokokkenvakzine zuverlässige Kutanreaktionen zu erhalten. Auch die Versuche, mit subkutan angewendeten geringen Mengen Arthigon Stichreaktionen zu erhalten, führten zu dem Ergebnisse, daß diagnostisch verwertbare Resultate weder mit dem Arthigon noch mit monovalenter Gonokokkenvakzine zu erzielen seien. Weitere Versuche ergaben, daß Stichreaktionen mit autogener Vakzine stärker ausfielen als solche mit allogener, was Brandweiner auf die Differenz der einzelnen Gonokokkenstämme zurückführt. Für unser therapeutisches Vorgehen kommt der Verfasser demgemäß zu der Überzeugung, daß, obwohl die Anwendung autogener Vakzine wohl bessere Resultate verspräche, da die Beschaffung derselben aber in den meisten Fällen unausführbar ist, man sich mit allogener be-

Digitized by Google

gnügen wird. Dagegen glaubt Brandweiner, daß nicht nur wie sonst fast allgemein betont wird, die Vakzinetherapie bei den Komplikationen der Blennorrhoe (Epididymitis, Prostatitis und Arthritis) indiziert sei, sondern daß nach seinen Erfahrungen in subakuten Fällen von Urethritis anterior und posterior sehr gut obige Erfolge möglich seien; er hat in manchen Fällen durch Anwendung von Vakzine trübe Urine sich schnell aufhellen sehen. O. Lasch-Breslau.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, von Otto Sachs. (W. m. W., 1913, Nr. 47.) Die besten Heilerfolge sieht man durch diese Behandlung bei Arthritis, wo sie allen anderen Methoden überlegen ist. Bei Epididymitis tritt in der Minderzahl Heilung, in der Mehrzahl Besserung ein. Bei Urethritis und Prostatitis war kein Vorteil vor den alten Behandlungsmethoden zu konstatieren. Die Vakzinebehandlung läßt sich auch ambulant durchführen. Vielleicht sind von einer autogenen Vakzine bessere Resultate zu erwarten. O. Valentiner-Leipzig.

Beitrag zum Studium der antiblennorrhoischen Vakzinetherapie, von P. Remlinger. (Soc. de Biol., 15. Nov. 1913.) Der Verfasser machte Versuche mit der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot. Er hatte bei akuter Epididymitis, bei akuter Zystitis, bei Gelenkrheumatismus Erfolge, die durch ihre Raschheit und Vollständigkeit ausgezeichnet waren. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine, von C. Bruhns-Charlottenburg. (B. kl. W., 1914, Nr. 2.) In seinem Vortrag auf der 85. Naturforscherversammlung in Wien stellt B. folgende Leitsätze auf: nach intravenösen Arthigoninjektionen treten bei Blennorrhoischen häufiger starke Temperaturerhöhungen ein als bei Gesunden; sie kommen aber auch bei nicht Blennorrhoischen in erheblichem Maße vor und können deswegen nicht als spezifisch für Blennorrhoe angesehen werden. — In manchen Fällen können durch provokatorische Injektion von Gonokokkenvakzine latente Gonokokken im Sekret wieder zum Vorschein gebracht werden; es sollten daher diese provokatorischen Injektionen in fraglichen Fällen öfter zur Sicherung der Diagnose mitgebraucht werden. — Die Komplementbindung auch bei *komplizierter* Blennorrhoe ist nur in einem gewissen Bruchteil der Fälle als positiv zu erwarten; sie ist aber bei positivem Ergebnis diagnostisch sicher verwertbar.
E. Rossen-Wiesbaden.

Beitrag zum Studium der Vakzinetherapie der Blennorrhoe, von Jean Livon-Fils. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 3.) Therapeutischer Erfolg von Nicollescher Vakzin bei Orchitis, Salpingitis, Endometritis, Ophthalmoblennorrhoe und eine Urethritis blennorrhoica. W. Lutz-Basel.

Beitrag zur antigonokokkischen Vakzinetherapie, von Livon-Marseille. (Semaine méd., 1914, Nr. 5.) Die atoxische Antigonokokkenvakzine wird dem Verfasser in zugeschmolzenen Ampullen aus Tunis zugeschickt. Zum Gebrauch wird $^1/_2$ ccm Vakzine mit $1^1/_2$ ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Diese Menge wird täglich oder jeden zweiten Tag in die Glutäen injiziert. Die Wirkung ist eine gute bei Epididymitis, Blennorrhoe der Neugeborenen und bei Frauen mit Metritis und Salpingitis. Auch bei akuter und chronischer Urethritis waren gute Resultate zu verzeichnen.
A. Gunsett-Straßburg.

Die Wirkung der Vakzinetherapie bei den verschiedenen Lokalisationen der blennorrhagischen Infektion, von Pietro Sabella. (Morgagni, Februar 1914.) Versuche mit Arthigon. Bereits referiert im Giornale italiano 1914, Heft 2.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Beiträge zur Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, von G. A. Rost-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Wie andere Verfasser berichtet auch R. über sehr günstige Wirkungen der Vakzinebehandlung bei extraurethralen blennorrhoischen Affektionen, ein Hauptgewicht aber legt er auf die diagnostische Seite des Verfahrens, indem er rät, nach jeder Blennorrhoebehandlung zur Feststellung der wirklichen definitiven Heilung Vakzineinjektionen zu geben. Bei etwa der Hälfte seiner Fälle erfolgte darauf erneut ein gonokokkenhaltiger Ausfluß. Es ist auch zu beachten, daß selbst die von vornherein verdächtigen Fälle oft erst auf eine zweite oder gar dritte Einspritzung reagieren. Zur Erklärung der Vakzinewirkung nimmt Verfasser eine spezifische Gewebsreaktion an; denn eine Immunisierung des Körpers oder eine direkte spezifische Wirkung auf den Krankheitserreger findet, wie des weiteren dargelegt wird, nicht statt. Beachtenswert sind auch die Erfahrungen, welche R. mit der therapeutischen subkutanen Einspritzung der durch Punktion der entzündlichen blennorrhoischen Hydrozele gewonnenen Flüssigkeit resp. des Exsudates von blennorrhoisch erkrankten Kniegelenken erzielte. A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Bestimmung des diagnostischen Wertes der Antigonokokkenvakzine, von A. Decastro-Seattle. (Gazz. internaz. di M. e Chir., 1914, Nr. 10.) Verfasser benutzte als Vakzine den „Neisser Bacterin Mixed" der Firma Mulford. Schlußfolgerungen: 1. Die Antigonokokkenvakzine stellt ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel für zweifelhafte oder Simulationsfälle (gerichtlich medizinisches Gebiet). 2. Die beste Methode der Diagnose der Blennorrhoe durch die Vakzine ist die intradermatische. 3. Die sogenannte „idiopathische" Hydrozele ist keine selbständige Krankheitsform; sie kann auch von einer Gonokokkeninfektion abhängen. 4. Um eine endgültige Heilung dieses Leidens zu erzielen, braucht man nicht immer eine radikale chirurgische Operation auszuführen; es genügt zuweilen, die Flüssigkeit zu entfernen und die Ursache der Krankheit, d. h. die Gonokokkeninfektion, zu beseitigen. K. Rühl-Turin.

Verschiedenes.

Prof. Shibasaburo Kitasato hat die Leitung des Kaiserl. Institutes für das Studium der Infektionskrankheiten aufgegeben und ist an die Spitze des privaten Tokio-Kitasato-Institutes für Infektionskrankheiten in Sankocho, Shibaku, Tokio getreten; demselben gehört auch Sahachiro Hata als Abteilungsvorsteher an.

Priv.-Doz. Dr. Benjamin Lipschütz-Wien, welcher die beiden Belagerungen in Przemysl mitgemacht hat und gefangen genommen wurde, ist, nachdem er auch noch Flecktyphus überstanden, wieder nach Wien zurückgekehrt.

Dr. Hugh Mackay wurde zum Lektor für Dermatologie an der University of Manitoba, Canada, ernannt.

Dozent Dr. Chr. Rasch, Direktor der dermatologischen Universitätsklinik in Kopenhagen, wurde in die dortige medizinische Fakultät als Mitglied aufgenommen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. August 1915 | Nr. 32 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

I. Teil.

(Fortsetzung.)

Wir müssen nun diese neue Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte, von der wir erwähnt haben, daß sie in den modernen Lehrbüchern der Physiologie bereits niedergelegt sei, hier näher betrachten und dann versuchen, mit Hilfe derselben die entzündlichen Erscheinungen zu erklären, das ist auf Grund derselben eine neue Theorie über die Entstehung und das Wesen der Entzündung aufzustellen.

Ich gehe von dem Lehrbuch von Mareš (Physiologie. III. Teil. 2. Abschnitt) aus und zitiere den Versuch von Bier: „Die Extremität (eines Schweines) wurde mit der Esmarchschen Binde anämisiert und etwa 4 cm unterhalb der Binde amputiert, so daß zwischen der Binde und der Schnittfläche ein Stück Extremität samt einem Streifen Haut mit dem Körper in Verbindung blieb; die durchschnittenen Arterien *blieben* offen. Nach Lockerung der Binde schoß das Blut in den übriggebliebenen Teil der Extremität und spritzte aus den offenen Arterien an der stark blutenden Schnittfläche hervor. Trotzdem aber stellte sich eine Hyperämie des anämisierten Extremitätenstummels ein, die zwischen Binde und Schnittfläche übriggebliebene Haut wurde infolge einer heftigen reaktiven Hyperämie rot. Dieses Experiment ist sehr lehrreich: die anämische Haut saugt das Blut auch aus den offenen Arterien, aus denen es hervorspritzt, in sich auf; das Blut kann unmöglich durch den Blutdruck in den geöffneten Arterien in die Haut hineingedrückt werden; es ist nicht anders möglich, als daß das anämische Gewebe das Blut aufsaugt und aus den geöffneten Arterien auffängt. Bier dachte hier an einen sehr verminderten Widerstand in dem Gewebe, der vielleicht in einer anämischen Abschwächung der elastischen Gewebsspannung seine Ursache haben könnte; aber die Widerstandsabnahme wäre doch nur eine negative Kraft, unwirksam in geöffneten Arterien, wo beim Ausfluß überhaupt kein Widerstand vorhanden ist. Übrigens forschte

Digitized by Google

Bier nicht nach der Mechanik dieser Saugwirkung des Gewebes, indem er nur auf ihr Vorhandsein und auf ihre biologische Bedeutung Gewicht legte; jene verdeckte Mechanik bezeichnete er mit dem unklaren Ausdruck: „Lebenseinflüsse“: die Gewebe regulieren sich selbst den Zufluß arteriellen Blutes nach Bedarf durch Zelltätigkeit.“

Es war Bier gelungen, die Saugwirkung des Gewebes auf den Blutstrom als Tatsache zu beweisen. Die Mechanik dieser Wirkung hat aber weder er zu erklären vermocht, noch die anderen Autoren, welche dies nach ihm versuchten. Soviel läßt sich aber schon auf Grund des Bierschen Versuches behaupten, daß diese Mechanik von den Veränderungen im Protoplasma der Organzellen beherrscht wird. „Der eigentliche Schauplatz,“ mit diesen Worten beschließt Mareš den zitierten Abschnitt, „für den Lebensprozeß sind die Organe, i. e. das Protoplasma, aus dem diese bestehen. Das Organprotoplasma reguliert die Zufuhr aller ihrer Bedürfnisse, vor allem der respiratorischen.“ Mit welchen Mitteln aber das Protoplasma die Zufuhr der Substanzen reguliert, deren es bedarf, worin die Saugwirkung des anämisierten Gewebes auf den Blutstrom beruht, mit welchen Kräften sie arbeitet, ist uns bis jetzt noch unbekannt, aber daß dies geschieht, steht fest. Das Organprotoplasma reguliert die Zufuhr aller Bedürfnisse der Organe. Das Protoplasma reguliert nach Bedarf die Zufuhr der Substanzen, deren es bedarf. War es infolge Anämisierung asphyktisch geworden, saugt es, wie Bier experimentell gezeigt hat, mit Hilfe der Gefäße und Kapillaren reichlich frisches, sauerstoffreiches, arterielles Blut an.

Von dieser Erfahrung ist, wie man sieht, zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen nur ein kleiner Schritt. Sind im Protoplasma der Gewebszellen derartige Veränderungen entstanden, daß das Protoplasma andere Substanzen braucht, als ihm für gewöhnlich zugeführt werden, reguliert es die Zufuhr dieser Substanzen selbst, so wie es, wie nachgewiesen wurde, die Zufuhr des Sauerstoffs, dessen es bedarf, selbst reguliert, wenn es vorher asphyktisch gemacht worden war, und wie es in normalen Zeiten die Zufuhr der zu seinem Leben notwendigen Substanzen selbst reguliert.

Mit welchen Kräften aber das Zellprotoplasma diese Zufuhr der notwendigen Substanzen reguliert, wissen wir auch hier nicht. Dafür aber wissen wir, daß das Resultat dieser Kräfte die uns schon längst bekannten entzündlichen Erscheinungen sind: die Erweiterung der Blutgefäße, die anfängliche Beschleunigung und nachträgliche Verlangsamung des Blutstroms, die Anhäufung großer Mengen weißer Blutkörperchen in den Ge-

Digitized by Google

fäßen, speziell in deren protoplasmatischer Schicht, die seröse und zelluläre Exsudation ins Gewebe und, wenn nötig, auch die Bildung neuer Blutbahnen.

Meine Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen lautet demnach wie folgt: im Protoplasma der Gewebszellen entstehen Veränderungen, wegen welcher dasselbe eines anderen Ernährungsmaterials bedarf als es de norma erhält. Daher reguliert dasselbe die Zufuhr dieses Materials nach seinem Bedarf, sowie im Bierschen Versuch das sauerstoffarme Protoplasma die Zufuhr reguliert, und zwar, solange dies angeht, mit denselben Kräften und auf demselben Wege, auf welchem es sich die zur Erhaltung seiner Existenz notwendigen Mittel de norma verschafft. Das sauerstoffarme Protoplasma inszeniert einen stärkeren Zufluß arteriellen Blutes in die entsprechenden Kapillaren, um aus demselben seinen Sauerstoffmangel zu beheben. Das Protoplasma, das durch einen Reiz lädiert wurde, der imstande ist, eine entzündliche Reaktion hervorzurufen, bedarf ebenfalls einer veränderten Zufuhr der Nährstoffe. Es bedarf, wie man aus den entzündlichen Erscheinungen an den Gefäßen erschließen kann, des sogenannten entzündlichen und zellulären Exsudats. Um dieses zu erzielen, schafft es das zur Erzeugung desselben notwendige Material in die Kapillaren herbei. Daher inszeniert es eine Dilatation der Gefäße und einen vermehrten Blutzufluß. Daher verlangsamt es ferner den Blutstrom, damit sich die Leukozyten in reichlicher Menge in den erweiterten Gefäßen anhäufen können. Schließlich muß das „Exsudat" aus den Gefäßen und Kapillaren nach außen zum Plasma gelangen. Alle bisherigen Theorien nehmen an, daß dies nur durch Läsion der Gefäßwände, entweder durch direkte Wirkung der reizenden Substanz, oder durch Wirkung einer gesteigerten Reizung der vasomotorischen Nerven möglich ist. Ist dies notwendig und richtig? Absolut nicht. Was ist denn jenes Exsudat? Es ist dies jenes Nährmaterial, das das Protoplasma der Gewebszellen, wenn sich dasselbe unter veränderten Verhältnissen befindet, den Blutkapillaren entnimmt. Es besteht aus einem flüssigen und einem zelligen Anteil. Das Zellprotoplasma entnimmt den Blutkapillaren auch unter normalen Verhältnissen die zu seinem Leben notwendigen Nährstoffe mit Hilfe des Gewebssaftes und der Lymphe. Auch unter normalen Verhältnissen empfängt also das Plasma der Gewebszellen aus den Blutkapillaren eine gewisse Menge flüssigen Materials und auch etwas geformte Elemente. Früher stellte man sich vor, daß dieser Vorgang nach rein mechanischen Gesetzen, durch

Digitized by Google

Filtration stattfinde. Diese Ansicht ist aber heutzutage so gut wie verlassen. In gleicher Weise muß auch die mechanische Erklärung der Entstehung und des Durchtritts „des entzündlichen Exsudats" aufgegeben werden. Wenn dieses „Exsudat", wie wir bewiesen haben, nichts anderes ist als verändertes Nährmaterial, müssen wir zugeben, daß es auf analoge Weise die Blutgefäße verläßt wie das normale Nährmaterial, nämlich durch die sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren; allerdings aber der normalen, absolut unverletzten, weil sie sonst diese sekretorische Tätigkeit nicht ausüben könnten. Demnach stellt das „entzündliche Exsudat" im Gewebe nicht etwas absolut Neues, früher daselbst in keiner Form Dagewesenes dar, sondern ist der durch die im Protoplasma der entzündlich gereizten Gewebszelle entstandenen Verhältnisse qualitativ und quantitativ veränderte, von den Endothelien der Blutkapillaren zum Plasma der Organzellen sezernierte Gewebssaft und Lymphe.

In diesem Lichte erscheinen die entzündlichen Prozesse an den Gefäßen und Blutkapillaren als vollkommenes Analogen der Hypersekretion des Schweißes. So wie sich diese Reaktion von dem normalen Zustand nur durch das quantitativ und eventuell auch qualitativ veränderte Sekret der Schweißdrüsen unterscheidet, so ist auch das „entzündliche Exsudat" — der wesentlichste Bestandteil der entzündlichen Erscheinungen an den Gefäßen — nichts anderes als das quantitativ und qualitativ veränderte Sekret der Endothelien der Blutkapillaren. So wie die Schweißdrüse das Organ der Schweißreaktion ist, sind die Endothelien der Kapillaren das Organ der entzündlichen Reaktion, resp. deren Gefäßkomponente. Ich möchte aber betonen, daß sich das „entzündliche Exsudat" nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ vom normalen Gewebssaft und von der Lymphe unterscheidet. Es enthält stets auffallend viele zellige Elemente und sein flüssiger Bestandteil steht, was seine Zusammensetzung anbelangt, dem Blutplasma am nächsten. Aus unserer Definition des „entzündlichen Exsudates", welche dahin lautet, daß es nichts anderes ist als der den veränderten Verhältnissen im Zellplasma angepaßte Gewebssaft und die Lymphe, geht notwendigerweise auch seine Variabilität hervor. Wir haben oben gesagt, daß das Organprotoplasma alle seine Bedürfnisse reguliert. Nach den in ihm auftretenden Veränderungen richtet sich auch die Regulierung seiner Bedürfnisse, die Regulierung des Gewebssaftes und der Lymphe und auch des „entzündlichen Exsudates". Deshalb sehen wir, daß das Exsudat einmal mehr zellige Elemente, ein andermal mehr Flüssigkeit enthält. Und auch diese ist nicht immer von der gleichen

Digitized by Google

Zusammensetzung. Sie enthält manchmal mehr, manchmal weniger Fibrin, bald mehr, bald weniger Eiweiß, noch ganz abgesehen von der schwankenden Prozentzahl der verschiedenen Salze usw. Alles richtet sich nach dem Bedarf des lädierten Protoplasmas, nach den Veränderungen, die in demselben hervorgerufen wurden und infolgedessen auch nach der Qualität und Intensität der Noxe, die jene Veränderungen im Protoplasma hervorrief.

Das „entzündliche Exsudat" ist, wie wir gesehen haben, wenigstens in seiner flüssigen Komponente einer jeden anderen Sekretion analog und steht daher sicherlich unter dem Einfluß einer analogen Kraft: der sekretorischen Tätigkeit der Endothelien. Bezüglich seiner zelligen Komponente stellen wir uns vor, daß diese durch eigene amöboide Bewegungen die Gefäßwände durchdringt. Diese die Bewegungen regulierende Kraft bezeichnet Metschnikoff als Chemotaxis. Die Beherrschung dieser Kraft schiebt er der reizenden, die Entzündung hervorrufenden Substanz zu. Die Metschnikoffsche Ansicht muß vorläufig als die beste akzeptiert werden, obwohl sie eigentlich nichts Genaueres besagt. Aber in Befolgung des Prinzips und infolge der Tatsache, daß das Zellprotoplasma sich seine Bedürfnisse selbst beschafft, werden wir den Sitz der Herrschaft über die Chemotaxis aus der toten reizenden Masse in das lebendige gereizte Zellprotoplasma verlegen. Wir nehmen also an, daß das gereizte Zellprotoplasma, indem es andere Substanzen braucht als es de norma erhält, sich diese teils durch Sekretion des Kapillarendothels, teils durch Chemotaxis verschafft. Bevor es aber zur Bildung des Exsudats kommt, muß das lädierte Zellprotoplasma dafür sorgen, daß, wie wir schon oben gesagt *haben*, vorher eine ganze Reihe notwendiger Vorkehrungen getroffen werde. Zunächst müssen die Blutgefäße erweitert werden, muß der Blutstrom in denselben anfangs beschleunigt, sodann aber verlangsamt werden, muß ferner in diesen Gefäßen eine große Menge leukozytärer Elemente angesammelt und muß eventuell dafür gesorgt werden, daß das zur Bildung des „Exsudats" notwendige Material mittels neugebildeter Kapillaren in das Bereich des Zellplasmas transportiert werde. Unter normalen Verhältnissen genügen die Lymphspalten in der Hornhaut vollständig zur Herbeischaffung des Nährmaterials an die Gewebszellen aus den an der Peripherie der Hornhaut befindlichen Gefäßen. Sobald aber das Protoplasma irgend einer lädierten Zelle eine größere Menge des auch qualitativ veränderten, an zelligen Elementen reicheren Nährmaterials bedarf, genügen die Lymphspalten nicht mehr zur Zufuhr. Es müssen neue, breitere, schnellere Bahnen, i. e. neue Gefäße und Kapillaren gebildet werden. Mit Hilfe welcher Kräfte dies aber geschieht, ist nicht zu sagen — durch Lebenskräfte.

Digitized by Google

Auch können wir bis jetzt noch nicht die Frage befriedigend beantworten, durch welche Kräfte die übrigen, oben erwähnten, vorbereitenden Erscheinungen besorgt werden: die Erweiterung der Gefäße, die Beschleunigung und nachträgliche Verlangsamung des Blutstromes in denselben und die Anhäufung leukozytärer Elemente.

Eine Komponente dieser Kräfte dürfte die vasomotorische, speziell die vasodilatatorische Innervation sein, allerdings nicht eine solche von der Art, wie sie bis jetzt aufgefaßt wurde, nämlich als eine Einrichtung zur Unterdrückung der tonischen Kontraktion der Gefäßmuskulatur, also zur Verminderung des Widerstandes und als Folge dessen zur Erleichterung der Herzarbeit, sondern von der Art, wie sie nach unseren geänderten Ansichten über die den Blutkreislauf beherrschenden Kräfte aufgefaßt werden muß. Ich kann mich hier mit diesem Thema nicht weiter befassen. Für die Bedürfnisse der vorliegenden Arbeit und für das Verständnis des Gesagten wird, glaube ich, der letzte Absatz über die vasomotorische Innervation in dem Buch von Mareš genügen: „Die Erkenntnis der aktiven Mitwirkung des Gefäßsystems, speziell der Organkapillaren beim Antrieb des Blutstromes durch die einzelnen Organe führt unausweichlich zur Revision der Lehre von der vasomotorischen Innervation. Die „vasodilatatorische“ Innervation weckt die motorischen Kräfte der Gefäße zur Beschleunigung des Blutstromes durch das Organ; diese Kräfte wirken sicher rhythmisch, wenn sie das Blut antreiben sollen. Die „vasokonstriktorische“ Innervation unterdrückt diese rhythmisch wirkenden Kräfte und verringert damit den Blutstrom durch das Organ. Die Gefäßmuskulatur ist, wie die einkernigen Muskeln überhaupt, zu einer doppelten Tätigkeit befähigt: sie zieht sich zusammen und erschlafft rhythmisch oder sie verharrt in tonischer Kontraktion. Die rhythmischen Bewegungen der Arterien des Ohrläppchens sind nach Schiff von der Innervation abhängig: sollte dies nicht eben die „vasodilatatorische“ Innervation sein? Die „vasokonstriktorische“ Innervation bedingt unzweifelhaft die tonische Kontraktion der Gefäßmuskulatur.“

Aus dieser Auffassung der vasodilatatorischen Innervation geht klar hervor, daß wir uns mit Hilfe dieser Kraft die anfängliche Dilatation der Gefäße und die Beschleunigung des Blutstroms in denselben erklären können, aber keineswegs die übrigen Erscheinungen: die Verlangsamung des Blutstroms und die Anhäufung von Leukozyten in den Gefäßen. Vielleicht gelingt es uns mit der Zeit, auch für diese Erscheinungen die entsprechenden Kräfte zu finden.

Die eben gegebene Erklärung der entzündlichen Erscheinungen betrifft, ich wiederhole nochmals, nur die Erscheinungen an den Gefäßen und Kapillaren. Die entzündlichen Effloreszenzen, i. e. die klinischen

Digitized by Google

Erscheinungen der Entzündung sind allerdings nicht durch diese Erscheinungen allein bedingt. An deren Entwicklung und Form sind noch Veränderungen beteiligt, die sich beim entzündlichen Prozeß im Gewebe selbst abspielen. Diese Veränderungen sind, wie bereits gesagt, so wenig erforscht, ihr Wesen so wenig geklärt, daß eine Bewertung derselben nicht einmal versucht werden kann.

Eine Erwähnung verdient aber noch die Ursache der Entzündung, jener spezifische Reiz, der bei einem jeden normalen Menschen die entzündliche Reaktion hervorzurufen vermag. Dieser Reiz besteht in Veränderungen des Protoplasmas der Gewebszellen, bestehend in einer zur Degeneration und Nekrose führenden Schädigung des Protoplasmas. Die Laesio continui des Protoplasmas vermag an und für sich diese Veränderungen nicht hervorzurufen, wie die Heilung der chirurgischen Wunden per primam, d. i. ohne Entzündung beweist. Diese degenerativen Veränderungen im Zellplasma können durch mechanische, chemische, thermische, Licht- und vielleicht auch elektrische, kurz aus den verschiedensten Quellen stammende Energie bedingt sein. Die häufigste Quelle der chemischen Energie sind zahlreiche pathogene Mikroben, die durch ihre vitale Tätigkeit spezifische giftige Toxine produzieren.

Außerdem aber können, wie die klinische Erfahrung beim Herpes zoster und die Versuche Kreibichs beweisen, jene Veränderungen im Zellplasma auch durch Nerveneinflüsse hervorgerufen werden. Welcher Art diese Nervenfasern sind, läßt sich heute schwer entscheiden, und daher wissen wir auch noch nicht, ob eine Reizung der betreffenden Nerven oder eine Läsion derselben die Ursache der Veränderungen im *Zell*protoplasma ist. Nur das eine wissen wir, daß jene Fasern beim Herpes zoster durch das Spinalganglion gehen. Alles übrige beruht auf Vermutungen. In disem Sinne gibt es also eine neurotische Entzündung, ebenso wie eine thermische u. dgl.; ob aber dieselbe eine trophoneurotische oder eine andersartige ist, läßt sich nicht sagen. Sicher aber ist sie nicht eine angioneurotische.

Auf Grund unserer Anschauung über die entzündlichen Gefäßerscheinungen müssen wir auch das Kapitel der Hyperaemia cutanea einer Revision unterziehen. In diese Gruppe reihen wir bekanntlich bis jetzt auch jene Hyperämien ein, welche durch direkte Reizung der Haut mittels einer schwach reizenden Substanz entstehen. Wir diagnostizieren ein Erythema solare, caloricum, toxicum, mechanicum usw. Das werden wir in Zukunft nicht tun dürfen. Diese Erytheme dürfen wir nicht mehr als einfache Hyperämien hinstellen. Diese Hyperämie provozierte das lädierte Zellprotoplasma, um mit ihrer Hilfe eine größere Quantität entsprechend veränderten Gewebssaftes und der Lymphe (des sogenannten

Digitized by Google

entzündlichen Exsudats) zu erlangen. Mit dieser Hyperämie geht also stets eine lebhaftere Absonderung aus den Kapillaren Hand in Hand. Dies ist aber keine reine Hyperämie mehr, sondern stets bereits eine echte Entzündung. Deshalb müssen wir alle diese Hyperämien aus dem Kapitel Hyperämie ausscheiden und unter die Entzündungen einreihen. Sie stellen die niedrigste Stufe der Entzündung dar und die sie begleitenden Erscheinungen stehen im Einklang zu den neuen Bedürfnissen des Plasmas der geschädigten Zellen. Daß dem wirklich so ist, ersieht man am besten aus dem Umstand, daß, sobald die Intensität des Reizes nur ein klein wenig zunimmt, die übrigen entzündlichen Erscheinungen, die bei der niedrigsten Stufe der Entzündung noch nicht zu konstatieren waren, sofort offenkundig werden. Damit entledigen wir uns der sehr häufigen Unsicherheit, ob wir in einem gegebenen Fall Inflammatio oder Hyperämia diagnostizieren sollen. Überall dort, wo man nachweisen kann, daß die Ursache der Erscheinung ein Reiz ist, der befähigt ist, eine Entzündung hervorzurufen, diagnostizieren wir eine Entzündung und zwar auch dann, wenn von den entzündlichen Erscheinungen nur eine Erweiterung der Gefäße und eine Überfüllung derselben mit hellrotem Blut sichtbar ist. Denn auch in diesem Stadium handelt es sich nicht nur um eine einfache Hyperämie; denn auch die anderen Erscheinungen sind in solchen Fällen zugegen, auch wenn man sie, weil sie sehr geringfügig sind, noch nicht zu sehen vermag. Dafür spricht unzweideutig die Abschälung der Hornschicht, mit der solche Fälle zu endigen pflegen und welche beweist, daß hier außer der Dilatation der Gefäße und deren Überfüllung mit Blut auch noch etwas anderes im Spiele war, daß es sich also nicht um eine einfache Hyperämie handelte wie beim angioneurotischen Erythem, nach welchem die Hornschicht unverändert blieb.

Die urtikarielle Reaktion.

Wenn man mit einer Brennessel seine Haut berührt, entsteht auf derselben mit Sicherheit eine klinisch wohl charakterisierte Hautreaktion, die man als Urtikariaquaddel bezeichnet. Diese Erscheinung kann man immer und bei einem jeden gesunden Menschen beobachten. Und nicht allein nach Brennesseln, sondern auch nach vielen anderen Substanzen, die man aus diesem Grunde als urtikariogen bezeichnet.

Die Urtikariaquaddel unterscheidet sich schon durch ihr klinisches Aussehen von allen Effloreszenzen entzündlichen Ursprungs in der Regel so wesentlich, daß dieses allein für die absolute Verschiedenheit und Selbständigkeit der urtikariellen Reaktion von der entzündlichen spricht. Trotzdem wurde aber die Vermutung ausgesprochen, die Urtikariaquaddel sei eigentlich nur eine Erscheinung und ein Produkt der ein wenig

Digitized by Google

modifizierten entzündlichen Reaktion und entstehe vielleicht durch einen Reiz von geringerer Intensität, der die Erscheinungen der entzündlichen Reaktion hervorrufen würde, wenn wir ihn mit genügender Intensität, in genügender Konzentration einwirken ließen. Diese Vermutung hat Winternitz widerlegt, indem er nachgewiesen hat, daß es Substanzen gibt, die in verdünntem Zustand eine urtikarielle Reaktion hervorrufen, aber niemals eine entzündliche Reaktion hervorzurufen vermögen, selbst wenn wir sie in noch so konzentrierter Form anwenden (Morphium, Atropin). Demnach kann die Urtika nicht ein Symptom der Hautreaktion auf entzündliche Reize sein, sondern auf Reize besonderer Art, auf spezifische Reize. Wenn dem aber so ist, dann muß in der Haut eine eigene Vorrichtung vorhanden sein, die befähigt ist, jenen spezifischen Reiz aufzunehmen und auf denselben zu reagieren. Bei der entzündlichen Reaktion ist es uns, wie wir sehen, gelungen, aus den Begleiterscheinungen dieser Reaktion, aus der richtigen Bewertung derselben ein bestimmtes Organ zu erschließen, das diese Erscheinungen besorgt. Dasselbe wollen wir nun auch bei der urtikariellen Reaktion versuchen.

Die Begleiterscheinungen der urtikariellen Reaktion sind höchst einfach. Was ist das Wesen der Urtika? Nach der übereinstimmenden Anschauung ein Ödem des Bindegewebes der Haut, verbunden mit einer beträchtlichen Dilatation der Lymphspalten und Lymphkapillaren. Bei einfachen, nichtkomplizierten Fällen finden wir nichts weiter. Die das Ödem bedingende Flüssigkeit haben schon unzählige Autoren untersucht, aber das Resultat war stets absolut unbefriedigend. Jeder Autor behauptet etwas anderes. Unna und Neisser glauben, es handle sich um Bluttranssudat, Philippson hält es für identisch mit entzündlichem Exsudat. Török fand in ihr mehr Eiweiß als im entzündlichen Exsudat und behauptet daher, sie sei vom entzündlichen Ödem vollständig different. Auch Kreibich meint, sie sei weder ein entzündliches Exsudat, noch ein Transsudat, sondern eine dem Blutplasma verwandte Flüssigkeit, aber keine Lymphe. Wir befinden uns also, wie man sieht, in einem wahren Chaos. Auf Grund der bisherigen Arbeiten ist es absolut nicht möglich, irgend eine Anschauung über das Wesen der urtikariellen Flüssigkeit und daher auch nicht des Ödems zu akzeptieren, das jene Flüssigkeit hervorruft und das die einzige objektive Erscheinung der urtikariellen Reaktion darstellt. Daher kann man diese Erscheinung auch nicht richtig bewerten, man kann unmöglich sagen, worin ihr pathologisch-anatomischer Ursprung beruht. Es ist diesmal merkwürdig, daß dieser Mangel, wie es scheint, so wenig empfunden wird. Die Verfasser unserer Lehrbücher gehen zumeist über diesen Mangel einfach hinweg, selbst wenn sie das auf pathologisch-anatomischer Basis aufgebaute System der Hautkrankheiten

Digitized by Google

beibehalten. Es wurde die Theorie aufgestellt, das urtikarielle Ödem entstehe durch Reizung der vasomotorischen Nerven. Es wurde daher als angioneurotisches Ödem bezeichnet und die Urtikaria gemeinsam mit einigen anderen klinischen Einheiten, deren Morphae durch ein ähnliches Ödem bedingt werden, in die Gruppe der kutanen Angioneurosen eingereiht. Diese Gruppe besteht sogar in Lehrbüchern, die auf streng pathologisch-anatomischer Einteilung der Materie aufgebaut zu sein vorgeben. Und doch muß nicht erst besonders bewiesen werden, daß diese Gruppe auf rein genetischer und nicht auf pathologisch-anatomischer Basis ruht. Diese Lösung der Frage kann uns also insolange nicht befriedigen, als es unser Bestreben sein wird, für alle Hautkrankheiten deren wahre pathologisch-anatomische Natur zu finden und das Material einzig und allein nach diesem Gesichtspunkt einzuteilen, ganz abgesehen davon, daß wir auf Grund der modernen physiologischen Forschungen unbedingt die Ansicht fallen lassen müssen, daß die Blutgefäße infolge Reizung der vasomotorischen Nerven durchlässig werden können.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 9, H. 4.

Zwei Fälle von Nephritis chronica dolorosa ohne jeglichen Harnbefund, von W. Misch-Marienbad. Der Verfasser beobachtete zwei Fälle der genannten Krankheit: die Beschwerden der Patienten bestanden in heftigen, einseitigen, z. T. kolikartigen Schmerzen in der Nierengegend, besonders bei körperlicher Betätigung. In einem Falle war eine akute Nephritis vorausgegangen, im anderen ließ sich mikroskopisch nichts Derartiges nachweisen. Bei beiden ergaben sowohl die chemisch-mikroskopische Urinuntersuchung, als auch die Röntgenuntersuchung und die Zystoskopie vollkommen normale Verhältnisse. Nur die Füllung des Nierenbeckens mit Flüssigkeit durch den Ureterenkatheter lösten die Schmerzen aus. Die Niere wurde operativ freigelegt und dekapsuliert, zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück exzidiert. Die Operation führte in beiden Fällen zur Heilung. Der makroskopische Befund bei der Operation war in beiden Fällen gleich: stellenweise narbige Inseln auf der Capsula fibrosa, die Capsula adiposa war von feinen Strängen durchzogen; keine Hydronephrose; etwas kurzer Nierenstiel. Mikroskopisch fand sich im ersten Falle eine chronische parenchymatöse Nephritis, im zweiten Falle zeigte sich hauptsächlich eine Wucherung des interstitiellen Gewebes und ausgesprochene Erscheinungen einer Stase, im Parenchym waren die Veränderungen nur sekundär und schwach ausgeprägt. Die Sicherung der Diagnose ist also nur durch die histologische Untersuchung möglich, die Literatur über dieses Krankheitsbild ist bisher nur ganz spärlich.

Heft 5.

Zur Hochfrequenzbehandlung von Papillomen in der Nähe des Orificium internum urethrae, von H. Lohnstein-Berlin. L. beschreibt ein Instrument, das gestattet, ganz nahe am Orificium internum gelegene Papillome mit der Hochfrequenzsonde

Digitized by Google

zu treffen. Den Ausgangspunkt für die Konstruktion bildete das Schlagintweitsche retrograde Zystoskop: durch Heraushebeln des zweiten Prismas beschreibt die Sonde einen Halbkreis, ihre Spitze verläuft also parallel mit dem Zystoskopschaft nach rückwärts.

Die deutsche Urologie im Weltkriege, von H. Lohnstein-Berlin. Die vorliegende Arbeit ist ein Sammelreferat über die bis Februar d. J. in der deutschen und deutsch-österreichischen Literatur erschienenen kriegschirurgischen Arbeiten aus dem Sondergebiete der Urologie, die nach den einzelnen Abschnitten des Urogenitalsystems geordnet sind: Nieren- und Harnleiterverletzungen sind verhältnismäßig selten beschrieben worden; es wird auf die Bedeutung der Hämaturie für die Diagnose der Nierenverletzungen hingewiesen, die so charakteristisch ist, daß selbst bei Vorhandensein von Eiweiß, aber bei Fehlen von Blutzellen im Urin eine Nierenverletzung ausgeschlossen werden kann. Für die Behandlung von Nierenschüssen ergibt sich, daß Nierenblutungen nur selten Veranlassung zu chirurgischer Beandlung ergeben, sondern daß die Blutung bei konservativen Maßnahmen (Ruhe) allein bald nachließ. Ferner zeigte sich, daß Erkältung und Durchnässung die Veranlassung für akute Nierenentzündungen sein können. Häufiger ist die Mitbeteiligung der Blase an Kriegsverletzungen. Bei den eigentlichen Blasenschüssen ist zwischen intra- und extraperitonealen Verletzungen zu unterscheiden; bei diesen fließt gewöhnlich der Urin aus dem Schußkanale heraus. Bei jenem sind die Beschwerden, besonders der Tenesmus, viel stärker, ihre Prognose ist viel schlechter, die Mortalität dabei beträgt etwa 50%. Am ausgesprochensten aber sind die Beschwerden, wenn das Geschoß in der Blase stecken bleibt, die Heilungsaussichten dabei sind aber günstiger. Hämaturie ist bei Blasenverletzungen zwar nicht vorhanden, doch kann der Urin auch frei vom Blut sein, bei starken Blutungen ist der Tenesmus am stärksten. Die Schwere der Blasenverletzung wird mitbestimmt durch den Grad der Blasenfüllung im Augenblicke der Verwundung. Ein gleichmäßiges Symptomenbild, nämlich absolute Harnverhaltung, bieten die Fälle von Blasenlähmung infolge von Rückenmarksverletzungen. Bei einfacher Erschütterung des Rückenmarks zeigt sich häufig dasselbe Bild der Blasenlähmung, doch verschwindet sie hierbei meist bald wieder; ebenso kann die Blasenlähmung spontan zurückgehen, wenn es sich nur um Kompressionswirkung handelte und der *Druck* operativ beseitigt werden kann. Bei Zertrümmerung des Rückenmarks aber *ist die* Prognose sehr ernst, da Zystitis und Pyelonephritis fast unvermeidbar sind. Besonders ist noch auf Blasenstörungen bei Verwundeten hinzuweisen, deren Verletzung in keiner Beziehung zur Blase oder zum Zentralnervensystem steht, und die entweder in kompletter Retention oder einfacher Pollakurie bestehen. Diese Kranken litten vorher an chronischer Prostatitis und infolge der erhöhten Inanspruchnahme des Detrusors an typischer Balkenblase. Es wird vermutet, daß die Insuffizenz des Detrusors hierbei als Folge einer während des Krankenlagers aufgetretenen Kongestion der Blasenschleimhaut aufzufassen sei.

Urologisches vom Kriegsschauplatz, von A. Rotschild. Kurze Mitteilungen über Nieren- und Blasenverletzungen, die der Verfasser behandelte.

Heft 6.

Zur Entwicklung der klinischen Harndiagnostik in chemischer und mikroskopischer Beziehung, von Erich Ebstein-Leipzig. Die Arbeit enthält eine geschichtliche Darstellung der Erfindung und Entwicklung der Eiweißproben im Harn.

Deutsche Urologie im Weltkriege, von H. Lohnstein-Berlin. (Fortsetzung und Schluß.) Harnröhren- und Penisverletzungen sind im allgemeinen häufig und kamen in den verschiedensten Formen zur Beobachtung, meist in Verbindung mit Verletzungen der Nachbarorgane. Weder diagnostisch noch therapeutisch boten sie bemerkenswerte

Digitized by Google

Besonderheiten dar. Das Schicksal der Patienten ist abhängig von der schnellen Erreichbarkeit der ersten Hilfe, während dagegen Urininfiltration mit Phlegmona resp. allgemeiner Sepsis die Prognose außerordentlich verschlechtert. Bei Verletzungen des Hodensackes und der Hoden führte meist die konservative Behandlung zum Ziele, wenn nur für genügenden Abfluß des Wundsekretes und Reinhaltung der Wunden gesorgt war. Zum Schlusse werden noch die bisher erschienenen Arbeiten über die Bekämpfung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Kriege kurz referiert.

H. Boehme-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

November 1914, H. 11.

1. Über das Initialstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq), von Dr. W. Dreuw-Berlin. Dreuw hat einen großen Teil seiner Beobachtungen und Schlußfolgerungen über die Haarkrankheiten in der deutschen Literatur niedergelegt. Er meint, daß der Haarpflege in der Jugend zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, und daß ebenso wie für die Schulen Schulzahnärzte angestellt werden müßten, auch die Anstellung von Haarärzten für die Schulen von segensreicher Wirkung sein würde; denn die Kenntnis der Haarkrankheiten sei vom praktischen Arzte nicht zu verlangen; aber auch der Dermatologe könne nur nützlich durch eine genaue und gründliche Beobachtung der Haarerkrankungen wirken, und auch nur, wenn ihm die Fälle von Kopfhauterkrankungen im frühen Anfang vor Augen kämen, noch therapeutisch wirksam eingreifen. Über seine eigenen Beobachtungen, speziell bei einer Schulepidemie, hat Dreuw ausführlich berichtet, und die Zahlen, die er seinen Beobachtungen verdankt, sind sehr stattlich (cf. Original.) Als Vorstufe für die Alopecia atrophicans betrachtet Dreuw die Alopecia parvimaculata, deren Krankheitsbild er ausführlich beschreibt und durch Abbildungen illustriert. Die Alopecia parvimaculata kann mit oder ohne Atrophie einhergehen; sie kann ein ganz vereinzelter Herd sein oder in vielfachen, oft konfluierenden Herden auftreten. Die von Dreuw beobachtete und zurzeit in den Monatsheften für praktische Dermatologie beschriebene Form der Erkrankung, von der er 120—200 Fälle sah, ist die Alopecia atrophicans. Hier sei auf die ausführliche Wiedergabe des klinischen Bildes und der differential-diagnostischen Merkmale verzichtet und von Therapie nur folgendes erwähnt: statt einer sehr intensiven Therapie mit Chrysarobin und Karbolsäure empfiehlt der Verfasser mehr ein milderes Vorgehen und zwar innerlich und äußerlich. In ersterer Hinsicht As. und Eisen; äußerlich verwendet er Hochfrequenzströme und Röntgenstrahlen und eventuell die Quarzlampe; von Einreibungen: a) eine spirituöse (Ol. rusc .20,0, β-Naphtol 4,0, Acid. salicyl. 4,0, Resorcin 4,0, Spir. vin. ad 200,0) 1—2mal täglich in die Flecke zu verreiben; b) zweimal wöchentlich Kopfwaschen mit Salicyl.-Sulfur.-fermentin-Seife; c) eventuell eine Salbe jeden Abend in die Flecke einzureiben (Sulfur. praecipitat. 10,0 [oder Pyrogallol 1,0] Resorcin 4,0, Lanolin anhydr. ad 100,0).

2. Ein Rückblick auf die Urethroscopia posterior, von S. Engländer-Cleveland, Ohio. Engländer gibt uns einen knapp gefaßten Rückblick über die Fortschritte, welche dank der Endoscopia posterior in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Urethra posterior, der Prostata usw. gemacht worden sind. Ganz besonders wichtig ist die Endoscopia posterior, wenn es sich um kleine Krankheitsherde handelt, bei denen eine exakte örtliche Behandlung erforderlich ist, z. B. der Applikation konzentrierter Silbersalzlösungen oder Jodtinktur auf Granulationen oder den geschwollenen und ödematösen Kollikulus oder geschwürige Stellen daselbst usw. Ebenso bedeutsam ist die Anwendung der Endoscopia posterior bei Erkrankungen der Prostata, in denen sie oft die durch den

Digitized by Google

Finger vom Rektum aus gestellten Diagnosen bestätigt oder berichtigt; die Frage, ob es sich um eine senile Prostatitis oder eine blennorrhoische oder eine durch andere Noxen hervorgerufene handelt, kann nach des Verfassers Meinung oft nur durch die Beleuchtung der Urethra posterior in der Vollkommenheit, wie wir dieselbe jetzt haben, erreicht werden. Engländer belegt diese Behauptungen durch beigefügte Krankengeschichten.

3. Über eine seltene Anomalie der Arterie und Vene des linken Ovariums, von H. K. Bonn-Indianopolis. Ein interessanter Beitrag zu den Anomalien des anatomischen Verlaufes der Arterien und Venen des Ovariums, die im allgemeinen rechts und links verschiedene Ursprungsstellen von der Aorta und verschiedene Eintrittsstellen in die Vena cava haben, teils direkt — teils in die Arteria spermatica interna, teils wie im vorliegenden Falle aus einer anormalen zweiten Nierenarterie (resp. Nierenvene). Für das genaue Studium cf. Original.

4. Über den Wert der Untersuchung auf Spermatozoen bei Sterilität, von Max Hübner-New York. Vor ungefähr einem Jahre hat der Verfasser ein — wie er in den einleitenden Worten sagt epochemachendes Werk — über die Ursachen der Sterilität geschrieben; ehe er nun die günstigen Erfahrungen, die er seitdem mit seinen Untersuchungen über diesen Gegenstand gemacht hat, schildert, setzt er in epischer Breite auseinander, wie heiß umstritten diese Frage noch unter den Gynäkologen ist. Die namhaftesten Forscher haben Theorien aufgestellt, die der Verfasser mit großem Fleiße herausgesucht hat und in der vorliegenden Arbeit zitiert. Ein großer Teil der Frauenärzte bezeichnet als Ursache der Sterilität anatomische oder mechanische Anomalien — nicht gerade Krankheiten — der weiblichen Sexualorgane. Ob die Flexionen oder die Versionen des Uterus eine größere Rolle spielen, ob die Form der Portio, die Länge und Enge der Vagina ausschlaggebend sind oder noch andere Momente, welche das Zusammenkommen von Ovum und Sperma hindern, ist im Originale durch zahlreiche Zitationen bedeutender Autoritäten eingehend auseinandergesetzt. Ein anderer Teil der Gynäkologen, als deren Repräsentant Raynold gelten kann, legt der chemischen Beschaffenheit des Uterus- und Vaginalsekretes große Bedeutung bei, d. h. diese suchen aus der Feststellung der alkalischen resp. sauren Reaktion des Sekretes die Sterilität resp. Fertilität beurteilen zu können. Der Verfasser stimmt mit Raynold, dessen Arbeiten ausführlich zitiert werden, darin überein, daß verminderte Alkaleszenz oder gar Hyperazidität die Sterilität verursachen könne, aber nur insoweit, daß er an die Möglichkeit einer Konzeptionsverhinderung in manchen Fällen glaubt, sie jedoch als direkten Grund nicht gelten lassen will. Ebenso stimmt er Kisch nur sehr teilweise zu, wenn dieser in der seelischen Beschaffenheit des Weibes während des Beischlafes einen ausschlaggebenden Faktor sehen will. Kisch glaubt, daß hochgradige Erregtheit der Frau viel zur Konzeption beitragen könne und umgekehrt Gleichgültigkeit dieselbe erschwere; denn es würde im ersten Falle 1. reflektorisch die Drüsensekretion des Uterus usw. angeregt und den Spermatozoen der Zugang erleichtert, 2. auch wohl eine Formveränderung der Portio, die vorteilhaft sei, herbeigeführt. Wenn alle die erwähnten Faktoren sichere Ursachen der Sterilität sein müßten, dann würde keine Frau mehr schwanger werden, und deswegen suchte der Verfasser einen sicheren Anhaltspunkt dafür zu finden, welches das ätiologische Moment für die Sterilität in jedem einzeln zur Untersuchung (ev. Behandlung) kommenden Falle ist. Diesen glaubt der Verfasser in dem genauen Suchen nach Spermatozoen und Untersuchen derselben innerhalb der weiblichen Sexualorgane gefunden zu haben. Hübner weist die ihn „wegen Sterilität" konsultierende Frau an, so schnell als möglich nach einem vollzogenen Beischlaf zu ihm zu kommen; er entnimmt mit einer Platinöse etwas Schleim aus dem Zervix und untersucht das Präparat mikroskopisch. Findet er lebende Spermatozoen, so sind alle die vielen, oben erwähnten Gesichtspunkte

Digitized by Google

hinfällig, denn es sind eben lebende Spermatozoen im Uterus; hinfällig auch jeder Verdacht gegen den Ehemann. Findet man tote Spermatozoen, so muß die Untersuchung des im Kondom aufgefundenen Samens gemacht werden, um festzustellen, ob die Spermatozoen abgestorben gewesen oder erst später zugrunde gegangen sind. Sind die Spermatozoen im Kondompräparate lebend, so liegt die Schuld an dem Sekrete der Zervikal- oder Vaginaldrüsen auch ohne Reaktionsprüfung. Hübner läßt dann die Frau unmittelbar vor dem Koitus eine alkalische Dusche nehmen, untersucht sobald als möglich nach demselben und weiß, daß wenn er jetzt lebendige Spermatozoen findet, eine Hyperazidität der Genitaldrüsen die Schuld trägt; damit hat er den Schlüssel für die Behandlung in der Hand, und Hübner meint, daß überraschend oft alkalische Duschen vor dem Koitus zur Behebung der Sterilität genügen. Hat die alkalische Dusche nicht gewirkt, dann versucht Hübner die Sekretion der Drüsen auf die verschiedensten Methoden (cf. Original und besonders die erste Arbeit des Verfassers) zu beeinflussen. Findet man überhaupt keine Spermatozoen im Uterusschleim, dann ist nach der Ansicht Hübners die Schuld auf seiten des Mannes, auch wenn die Kondomprobe lebende, normale Spermatozoen ergibt. Er zählt eine Menge Anomalien beim Manne auf, die ein normales Kondompräparat liefern, aber die Schuld tragen, daß der normale Samen nicht in die Zervix gelangt; das ist von praktischem Werte, weil oft die Frauen ganz unnötig mit operativen Eingriffen gequält werden. Dann folgt die Beschreibung des weiteren Vorgehens des Verfassers, indem er mittels einer von ihm konstruierten Spritze einige Tage nach dem Beischlaf die Spermatozoen im Fundus uterus sucht, resp. untersucht, und die Schlußfolgerungen, die er an die Befunde knüpft, resp. die Behandlungsmethoden, die das Resultat der Untersuchung logischerweise sein müssen. Er faßt die Vorteile, welche seine Methode hat: systematisch die Spermatozoen vom Austritt aus dem Penis bis zum Fundus uteri auf ihrem Lebenswege zu beobachten, in folgende Thesen zusammen: 1. In vielen Fällen befreit sie die Ehegatten vor jedem Vorwurfe besser als irgend eine andere Methode. 2. In Kombination mit der Kondomuntersuchung erweist sie, ob Mann oder Frau der an der Sterilität schuldige Teil sind. 3. Sie legt klar, wo der Sitz der Ursache der Sterilität bei der Frau ist. 4. Sie liefert eine absolute Indikation für aufklärende, operative Eingriffe an den Adnexen. 5. Sie bildet einen Maßstab für unser therapeutisches Vorgehen, das bisher ziemlich aufs Geratewohl hin geschehen ist. 6. Sie kann ohne Wissen des Ehemannes vorgenommen werden, wenn dieser kein Kondom anwenden will oder kann. 7. Sie ist einfach, harmlos, ohne Kontrast mit andern Manipulationen, und in der Mehrzahl der Fälle wenig zeitraubend.

5. Unklarheiten in den Anschauungen über Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten hereditären Fälle. Ein kritischer Kommentar von Charles C. Mapes-Louisville. In der Einleitung beklagt der Verfasser, daß trotz der hohen Fortschritte der Syphilidologie in den letzten Dezennien die Bezeichnungen und Namen der einzelnen Phasen resp. Erscheinungen der Krankheit in den Lehrbüchern unverändert beibehalten worden seien; er plädiert in erster Reihe für die Einführung der Bezeichnung: „hereditäre syphilitische Dyskrasie“ an Stelle von hereditärer Syphilis usw. Dann glaubt er nach seinen und anderer Erfahrungen sich gegen Salvarsan resp. Neosalvarsan speziell bei der hereditären syphilitischen Dyskrasie aber auch bei akquirierter Lues aussprechen zu müssen, da er beide Präparate für nicht ungefährlich und in ihren Erfolgen nicht zuverlässig hält. In jedem Falle müsse man durch regelmäßige Wassermann-Reaktion sich genau über den Befund orientieren.

6. Sexuelle Verkehrtheiten bei einer Frau in mittleren Jahren, von Douglas McMurtrie-New York. Beschreibung eines besonders ausgeprägten Falles von weiblicher Homosexualität bei einer Frau von 40 Jahren, die äußerlich keinerlei abnorme

Digitized by Google

männliche Erscheinungen aufwies, und die sich zu großen Torheiten durch ihre Perversität hinreißen ließ, ohne irgend ein Entgegenkommen bei dem jeweiligen Gegenstande ihrer Neigung zu finden.

7. Zwei interessante Fälle von Hodenverlagerung infolge von Traumen, von JOHN B. HAWKINS-Pittsburgh. Nach der Meinung des Verfassers gehören traumatische Lagerveränderungen der Hoden zu den selten beobachteten Vorkommnissen; er hatte Gelegenheit, in sechs Wochen zwei Fälle zu sehen, die er hier beschreibt: im ersten Falle war der linke Hoden nach der Zerreißung einiger Fasern des POUPARTschen Bandes in eine extraperitoneale Höhle tief ins Becken in der Richtung des linken Azetabulums verlagert. Im zweiten Falle war eine große Rißwunde über dem Pubes entstanden, und in dieser lag der Körper des Penis, während die Haut in normaler Lage war, und der rechte Hoden befand sich in dem rechten Leistenkanal. In beiden Fällen trat glatte Heilung ein.

8. Prostatektomie unter lokaler Narkose, von EMORY LAMPHEAR-St. Louis. Der Verfasser führt die Prostatektomie unter lokaler Anästhesie aus, weil die von ihm geübte Methode (cf. Original) ausreichend lange anästhesiert und er den Gefahren der allgemeinen Narkose entgeht. O. Lasch-Breslau.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 16, H. 4, 1915.

Fortsetzung der Verhandlungen der 12. Jahresversammlung der D.G.B.G. Diskussion. Aus der sich an die Referate anschließenden Diskussion sind folgende Punkte hervorzuheben: NEISSER begründet nochmals seinen hier schon früher erwähnten Antrag, der die Resolution der Versammlung bildet. ROHLEDER spricht sich für Zwangssterilisierung, etwa durch Röntgenstrahlen, der seelisch und moralisch Degenerierten aus, als einzig erfolgreiche Bekämpfung dieser menschlichen Gebrechen. FLESCH widerspricht diesem Vorschlage, da die Gefahr der venerischen Infektion dadurch nicht beseitigt werde und zudem diese minderwertigen Schwachsinnigen ohnehin größtenteils interniert würden. BLASCHKO weist nochmals auf die sittliche Gefährdung hin, daß die jugendlichen Mädchen auf den Krankenabteilungen durch die älteren Prostituierten ausgesetzt sind, und fordert ihre Trennung in den Krankenhäusern, um nicht jede Besserungsarbeit vergeblich zu machen. Er fordert Möglichkeit einer Beschäftigung der Jugendlichen eventuell durch Arbeitszwang, durch angestellte Lehrer und Lehrerinnen, ferner psychiatrische Untersuchung und, wenn nötig, Behandlung der Prostituierten, sowie Fürsorgemaßnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Er faßt diese Punkte in eine Resolution zusammen. Frau WEGENER fordert nicht nur Beschäftigung der Mädchen während ihres Krankenhausaufenthaltes, sondern Ausbildung für einen bestimmten Beruf als Mittel, sie vor dem Hinabgleiten in ihr altes Laster zu bewahren. Frau SCHREIBER-KRIEGER teilt mit, daß seit zehn Jahren in Mailand derartige Bestrebungen mit bestem Erfolge durchgeführt werden. BLOCK berichtet über eine Einrichtung in Hannover, die darin besteht, daß Kellnerinnen sich einer regelmäßigen, freiwilligen und unentgeltlichen Kontrolle und Behandlung durch Ärzte unterziehen können, und die immerhin bei einer Anzahl dieser Mädchen zu einer ordentlichen Behandlung und Heilung führe.

Der Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau, von MAX FLESCH-Frankfurt. In dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten müssen die unheilvollen Folgen, die diese Erkrankungen außer für das Individuum selbst, vor allem auch für die wirtschaftliche Entwicklung des ganzen Volkes haben, zu immer erneuten Anstrengungen anspornen. Daß in dieser Beziehung gerade

Digitized by Google

die Erkrankung der Frau von größerer Bedeutung als die des Mannes ist, ist, besonders seit Nöggerath die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang der meisten Frauenleiden mit der Blennorrhoe gelenkt hat, den Ärzten ja bekannt genug und wird von Flesch nochmals in der eindringlichsten Weise geschildert. Er fordert Anzeigepflicht der Ärzte und Zwangsbehandlung der Kranken, die sich nicht freiwillig einer Behandlung unterziehen, ferner bekämpft er jede Einschränkung des Vertriebes antikonzeptieller Mittel, da diese zurzeit der wirksamste Schutz gegen die Infektion sind.

Heft 5.

Welche strafrechtlichen Folgen würden sich aus der Unterstellung der venerischen Krankheiten unter das Reichsseuchengesetz nach Aufhebung der Reglementierung ergeben? von Max Flesch-Frankfurt. Flesch fordert Aufhebung der Prostitution und Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Die Einwände, die dagegen erhoben werden, glaubt er, entkräften zu können. Eine Abwanderung zu den Kurpfuschern, die übrigens bei Unterstellung der Geschlechtskrankheiten unter das Reichsseuchengesetz ebenfalls zur Anzeige verpflichtet wären, hält er für unwesentlich, da die meisten Menschen Krankenkassen angehören, und da die Kranken sehr bald die Nachteile nichtsachgemäßer Behandlung empfinden würden. Außerdem ist er der Ansicht, daß die Kurpfuscher unter dem Zwange der Meldepflicht sehr bald auf die Behandlung Geschlechtskranker verzichten würden. Mit der Schweigepflicht des Arztes aber könne die Anzeigepflicht nicht kollidieren, da die Anzeige eine „befugte Offenbarung" sei und nur ebenfalls schweigepflichtige Beamte davon erführen. Nur bei Nichtbefolgung der gesundheitspolizeilichen Anordnungen durch den Kranken bestünde die Gefahr, daß seine Krankheit andern bekannt würde. Dagegen sieht Flesch in den Akten der Polizei ein Mittel, bei Prozessen wegen Körperverletzung durch Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit dem Infizierenden seine Krankheit und sein Krankheitsbewußtsein nachzuweisen.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Hans Lieske-Leipzig. Die strafgesetzlichen Bestimmungen über die Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit sind verbesserungsbedürftig, denn die Ansteckung ist jetzt im allgemeinen nur als einfache Körperverletzung und somit nur auf Antrag des Verletzten strafbar. Folgeerscheinungen einer geschlechtlichen Ansteckung, die sie zur schweren Körperverletzung machen, treten erst nach so langer Dauer auf, daß dies praktisch keine Rolle spielt. Eine Möglichkeit der Verbesserung würde vielleicht darin bestehen, wenn derjenige, der „einen andern wissentlich der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt", bestraft würde. Doch dieser Weg ist bei der geplanten Strafrechtsreform nicht beschritten worden, da bei nicht erfolgter Ansteckung die Tat wohl nie zur Kenntnis des „Verletzten" gelangen würde, — im anderen Falle ist sie ohnehin strafbar, — und weil durch solche Bestimmungen ein Anreiz zu Erpressungsversuchen gegeben würde. Der Verfasser fügt noch hinzu, daß er zwar diese Begründung nicht als ganz berechtigt anerkenne, daß er aber auf anderem Wege zu derselben Ablehnung kommt, denn sowohl die Scheu des Publikums, eine solche Angelegenheit an die Öffentlichkeit zu bringen, als auch die Schweigepflicht der Ärzte, an der er nichts geändert wissen will, würden solche Bestimmungen doch praktisch unwirksam machen.

Sammelreferat über die bisher erschienenen Arbeiten über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege, von W. Fischer. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur internen Behandlung der Blennorrhoe mit Kawotal, von O. Leszlényi-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 43.) Das Präparat wird in Gelatinekapseln, welche pro jede 0,25 Ol. Santali und 0,05 Resina Kama-Kama enthalten, in den Handel gebracht. Das Mittel hat sich in einer Dosierung von 6—8 Kapseln pro Tag bei frischen Urethritiden und akuten Nachschüben älterer Prozesse wirkungsvoll erwiesen. H. Vörner-Leipzig.

Behandlung der Blennorrhagie mit Virusvakzine, von L. Cruveilhier. (Semaine méd., 1914, S. 225.) Die Injektionen von Vakzine haben keine konstanten Resultate bei unkomplizierter Harnröhrenerkrankung ergeben. Deshalb führt Verfasser mit Vakzine gefüllte Gelatinestäbchen 1—2mal täglich in die Urethra; diese schmelzen in 30—40 Minuten. Auf diese Weise konnte Verfasser den Tripper in 2—3 Wochen heilen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe, von Carl Bruck-Breslau. (M. Kl., 1914, Nr. 2.) Die Unmöglichkeit mit unseren bisherigen Mitteln an Gonokokkenherde, die nicht an der Oberfläche liegen, wirksam heranzukommen, d. h. die Blennorrhoe und ihre Komplikationen von innen heraus erfolgreich zu behandeln (die alleinige Therapie mittels der Balsamika ist für Bruck indiskutabel), veranlaßte die Verfasser, sich die Errungenschaft der Immunitätsforschung nutzbar zu machen. Nachdem sich die Aussichtslosigkeit einer Serumbehandlung herausgestellt hatte, ging man zu der Vakzinbehandlung über nach den Anregungen der Wrightschen Opsoninlehre, und seit der Einführung des Arthigons durch den Verfasser, ist auf diesem Felde viel und erfolgreich gearbeitet worden. Das Ideal einer Vakzinebehandlung wäre nun eine solche mit autogener Vakzine, die aber leider bisher aus technischen Schwierigkeiten unmöglich ist. Um nun den biologischen Verschiedenheiten der einzelnen Gonokokkenstämme, deren *differenter* Virulenz und Resistenz möglichst Rechnung zu tragen, stellte Bruck eine *möglichst* polyvalente Vakzine — das Arthigon — her; außer diesem kommt noch die Reiter-Vakzine besonders in Betracht (während die von Michaelis, Menzer, Wolfsohn angegebenen mehr im Hintergrunde geblieben sind). Bruck steht nun auf dem Standpunkte, mit kleinen Dosen anzufangen, und ziemlich schnell zu steigern, indem er kräftige Reaktionen nicht nur nicht vermeidet, sondern direkt anstrebt, da er überzeugt ist, daß Reaktion und therapeutische Wirkung direkt proportional sind; aus diesem Grunde ist er auch von den intramuskulären zu den intensiver wirkenden intravenösen Injektionen übergegangen: „Wo keine Reaktion mehr zu erzielen ist, da ist auch kein heilender Effekt mehr zu erwarten." Die Wirkungsweise der Vakzinetherapie sucht Bruck analog der Tuberkulinwirkung zu erklären. Von der sogenannten Sensibilisierungsmethode (Cruveilhier) hält der Verfasser für die Blennorrhoebehandlung nichts. In praktischer Hinsicht betont Bruck zunächst, daß nach seinen Erfahrungen die Vakzinebehandlung zumeist ganz versagt bei einfachen blennorrhoischen Schleimhautprozessen der Urethra, Blase und Rektum, daß sie aber in Fällen mit chronischen Infiltrationen die bisherige Lokaltherapie wertvoll zu unterstützen scheint; das letztere glaubt Bruck besonders bei intravenösen Arthigoninjektionen beobachtet zu haben. Viel günstiger ist aber der Einfluß des Arthigons bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen und bei der Zervikalblennorrhoe der Erwachsenen; bei dieser crux medicorum scheint die Heilung wesentlich schneller und sicherer zu erfolgen. Ebenso wird ein

Digitized by Google

überraschend schneller Rückgang der Symptome bei Konjunktivalblennorrhoe berichtet. Die eigentliche Domäne der Arthigonbehandlung sind die abgekapselten Herde und zwar in erster Reihe die Epididymitis und Arthritis. Bei der ersteren speziell sieht man meist einen rapiden Rückgang der Schmerzen usw., und, was besonders wichtig ist, eine restitutio ad integrum; das letztere ist zwar nicht stets zu erreichen, aber in einem hohen Prozentsatz und ebensowenig gelingt es stets die andere Seite oder andere Gelenke von dem Befallenwerden zu schützen; hier wäre autogene Vakzine wahrscheinlich am Platze. Weniger hervorragend sind die Arthigonresultate bei Prostatitis und zwar besonders von intramuskulären Injektionen, während die intravenösen recht günstig und oft überraschend mit dauerndem Verschwinden der Gonokokken wirkten. Ebenso günstig stellten sich die Resultate bei Behandlung der blennorrhoisch erkrankten, weiblichen Adnexe; und zwar waren sowohl bei Reiter-Vakzine, als bei Arthigon nur ca. 20% Versager. Bruck meint, daß die Vakzinetherapie in jedem irgendwie komplizierten oder renitenten Falle angewendet werden solle, da die günstigen Chancen zum Teil sehr große seien, und umgekehrt Gefahren oder schwere Nebenerscheinungen nicht vorkämen. Die an den Injektionsstellen beobachteten, meist schnell vorübergehenden Schmerzen sind, ebenso wie Temperaturerhöhungen, belanglos; wichtiger sind die bisweilen auftretenden Herdreaktionen (an Epididymis, Gelenken usw.); denn die Exazerbation der Erscheinungen an dem erkrankten Organe könnte die Befürchtung einer Propagierung des Prozesses nahelegen, doch ist noch nichts dergleichen beobachtet worden. Nur bei den intravenösen Injektionen verlangt Bruck zwei Tage Bettruhe, sonst werden die meisten ambulant ausgeführt. Die beiden von Föckler und der von Fischer veröffentlichte Fall von zerebralen Erscheinungen im Anschluß an eine Arthigonkur hält Bruck für ein zufälliges Zusammentreffen ohne kausalen Zusammenhang. Zum Schlusse einige Worte über die diagnostische Bedeutung der Vakzinetherapie: den intramuskulären Arthigoninjektionen mißt Bruck so gut wie gar keine diagnostische Bedeutung bei; dagegen glaubt er bestimmt, daß Temperaturerhöhungen von 1,5—2,0° nach 0,1 Arthigon sicher auf okkulte Gonokokkenherde hinweisen. O. Lasch-Breslau.

Zur Blennorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer, von F. Becker-Halle a. S. (M. m. W., 1914, Nr. 35.) Die Resultate, welche Verfasser mit dem von Menzer aus sechs oder mehreren Gonokokkenkulturen hergestellten Vakzin bei teils akuten, teils chronischen Fällen von Urethralblennorrhoe erzielte, zeichnen sich zwar nicht durch die Schnelligkeit der Heilung, wohl aber durch die Dauerwirkung aus. Diese konnte, da es sich bei den betreffenden Patienten durchweg um Militärpersonen handelte, längere Zeit hindurch genau kontrolliert werden. Die Einspritzungen wurden subkutan in Dosen von 0,5—1,0 ccm (= 5—10 Mill. Gonokokken) in Abständen von meist drei Tagen gegeben, und die Kranken hüteten 2—3 Wochen lang das Bett bei möglichst reizloser Kost. Bei den akuten Fällen kamen von etwa dem Ende der zweiten Woche an warme Sitzbäder, Janetsche Spülungen und Prostatamassage zur Anwendung. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich (bei 27 Fällen) 49,5 Tage. Bei 13 chronischen Fällen ergab sich eine Behandlungsdauer von durchschnittlich 39,6 Tagen. Ferner wurden noch acht mit Epididymitis komplizierte Fälle erfolgreich behandelt. Der Preis des Mittels ist mit M. 1,50 für 5 ccm (50 Mill. Gonokokken) als sehr niedrig zu bezeichnen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Therapie der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen und Antigonokokkenserum; ein vorläufiger Bericht über 24 Fälle, von B. C. Corbus-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 9. Mai 1914.) Die Komplementfixation ist ein zuverlässiger Führer für die Anwendung des Serums; ist sie negativ, so soll das Serum nicht angewandt werden. Die Stärke der Komplementfixation und die therapeutische Wirkung des Serums stehen

Digitized by Google

in direktem Verhältnis. Es sollen mindestens 36—45 ccm Antigonokokkenserum in Dosen von 12—15 ccm im Laufe von drei Tagen intramuskulär injiziert werden. Eine nach 2—3 Monaten negative Komplementfixation zeigt die völlige Heilung an. Mehrere der Veröffentlichung beigegebenen Photographien des Urethralsekretes vor und nach der Injektion des Antigonokokkenserums zeigen die Wirksamkeit der Therapie.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei blennorrhoischen Prozessen, von A. Arnold u. H. Hölzel-Leipzig. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Verfasser gründen ihre Darlegungen auf Beobachtungen bei 84 Fällen, von denen die ersten 26 schon von Läwen bei früherer Gelegenheit berücksichtigt worden sind. Im allgemeinen bestätigen sie die von anderen Verfassern, in erster Linie Bruck und Sommer, gemachten Angaben. Die positiven Fälle reagierten mit einer Temperatur von 1,5—4,5°, wobei der Anstieg in der Regel recht prompt erfolgte. Die von Bruck und Sommer besonders betonte Doppelzacke der Fieberkurve kam auch recht häufig zur Beobachtung. Als Anfangsdosis hat sich 0,1 bei Männern und 0,05 für Frauen auch ihnen bewährt. Die Allgemeinreaktion war bei den positiven Fällen meistenteils recht ausgeprägt, während die Nicht-Blennorrhoiker in der Regel keine besonderen Störungen nach den Injektionen erkennen ließen. Bemerkenswert war auch die wiederholt konstatierte Erscheinung, daß die fieberhafte Reaktion im Laufe der Behandlung bei den späteren Injektionen stufenweise an Intensität nachließ.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe und blennorrhoischer Komplikationen, von Boeters. (D. m. W., 1914, Nr. 39.) Im Stadtkrankenhaus zu Zittau wurde zu diesem Zweck ausschließlich das Arthigon — intramuskulär und intravenös — verwandelt. Der blennorrhoische Ausfluß wurde durch Arthigon in keiner Weise beeinflußt, dagegen bedeutet die Vakzinbehandlung eine Bereicherung des therapeutischen Rüstzeugs bei den direkten lokalen Komplikationen (Prostatitis, Funikulitis, Epididymitis, Adnexitis, Parametritis) und bei den blennorrhoischen Gelenkerkrankungen. Ganz ausgezeichnet wirkt das Arthigon auf die frischen, noch fieberhaften Komplikationen der weiblichen Blennorrhoe ein. Die letzten Residuen und die Empfindlichkeit bei der Palpation vermag es jedoch niemals zu beseitigen.

E. Brinitzer-Altona.

Kritisches zur Vakzinetherapie der Blennorrhoe, zugleich experimenteller Beitrag zur Begründung der „ableitenden" Therapie, von Bloch-Basel. (Korr.-Bl. Schweiz., 1914, Nr. 44.) Verfasser hat in drei Fällen von teilweise sehr schwerer blennorrhoischer Arthritis mit intramuskulärer Injektion von Typhusvakzine in der Dosis von 0,3—1,0 ausgezeichnete Erfolge erzielt. Diese Versuche lehren, daß ganz spezifisch bedingte Krankheitszustände durch Reaktionen, die mit der Genese dieser Zustände in keinerlei spezifischer Beziehung stehen, ebensogut zu beeinflussen sind wie durch spezifische, auf das ursprüngliche Antigen abgestimmte Maßnahmen, nur daß es deshalb streng genommen nicht richtig ist, wenn wir alle Besserungen und Veränderungen, die im Krankheitsbild nach solchen Maßnahmen entstehen, ausschließlich und ohne weiteres auf spezifische, durch eben diese Vakzination ausgelöste Prozesse (Antikörperbildung usw.) bezeichnen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die Vakzinebehandlung und Diagnose der Blennorrhoe, von Stümpke. (D. m. W., 1914, Nr. 49.) Die große Überlegenheit der intravenösen Injektionen gegenüber den intramuskulären bzw. subkutanen hat St. nicht beobachten können. Die günstigen Resultate, die sich überhaupt bei der Vakzinebehandlung erzielen lassen, werden auch mit dem ursprünglichen, d. h. intramuskulären Verfahren erzielt. Die zuweilen exorbitant hohen Temperatursteigerungen, wie sie bei der intravenösen Methode auch bei kleineren Dosen (0.1) und mäßigen Intervallen beobachtet werden und wie sie bei allmählicher Steigerung der Dosis

Digitized by Google

wiederholt vorkommen, sind doch für den Patienten eine recht unangenehme Beigabe. Die Anfangsdosen Arthigon waren 5—10 Millionen Gonok. = 0,25—0,5 subkutan bzw. intramuskulär, und 1—2 Millionen Gonok. = 0,05—0,1 intravenös. Bei den intravenösen Injektionen war 0,5, bei den anderen 3 g die Höchstdosis. Das Gonargin ist entschieden weniger wirksam als das Arthigon, so daß man höher Dosen geben kann. Über 1,0 intravenös ist St. auch beim Gonargin nicht hinausgegangen. Als Intervall wählte St. 3—6 Tage. Was die Erfolge der Vakzinetherapie anlangt, so hat St. Gutes gesehen bei frischen Fällen von blennorrhoischer Arthritis. Einige Fälle erwiesen sich refraktär. Es empfiehlt sich, neben der Vakzinetherapie die anderen Methoden (Wärme, Stauung usw.) anzuwenden. Bei der Epididymitis erzielte St. zuweilen günstige Resultate, bei Vergleichen mit den alten Methoden war aber im allgemeinen keine deutliche Überlegenheit der Vakzinetherapie festzustellen. In vereinzelten Fällen sah St. unter Vakzinetherapie das Auftreten einer Epididymitis auf der anderen Seite. Blasen-, Mastdarm-, Prostata- und Harnröhrenerkrankungen zeigten bei Vakzinebehandlung keine günstige Einwirkung. Ebensowenig erzielte er Erfolge bei blennorrhoischen Prozessen des Parametriums und der Zervikalblennorrhoe. In einem Falle erkrankte auch das Parametrium der bis dahin gesunden Seite. Bei der Vulvovaginitis der Kinder ist die Wirkung unsicher. Die Conjunctivitis blennorrhoica gab St. in einem Falle in Übereinstimmung mit Berichten von Mittendorf ein gutes Resultat. In diagnostischer Hinsicht sind Herdreaktionen am erkrankten Organ recht häufig beobachtet worden, so daß man doch wohl berechtigt ist, gewisse Schlüsse bezüglich einer blennorrhoischen Erkrankung zu ziehen. Temperaturerhöhungen wurden zwar auch bei Patienten, die nicht an Blennorrhoe litten, beobachtet, und andererseits reagierten Blennorrhoekranke ohne Fieber. Trat aber bei Blennorrhoikern eine Temperaturerhöhung auf, so war sie durchweg höher als bei Nichtblennorrhoikern, zuweilen erst am Tage post injectionem, und sie kehrte auch gelegentlich nicht sofort zur Norm zurück. Bei schon vorhandenem Fieber über 38,5° macht St. keine Vakzinetherapie, unterhalb dieser Höhe nur intramuskuläre; die intravenöse Injektion führt er nur bei fieberfreien Kranken aus.

E. Brinitzer-Altona.

Vakzinetherapie mit Arthigon bei Blennorrhagie, von Le Clerc-Dandoy. (Policlinique 1914, Nr. 9 und 13.) Verfasser hat seine Tripperkranken kombiniert mit Janetschen Spülungen (Kal. permangan. $^1/_{10000}$) und intramuskulären Arthigoninjektionen behandelt. Die Spülungen werden täglich durch ca. 100 Tage gegeben; die Injektionen zu 1 ccm erfolgten aller zwei Tage in der Zahl von 2—5. Auf diese Weise wurden ausgezeichnete Resultate erzielt; in 80 % der Fälle erwies sich Arthigon als wirkungsvoll.

R. Frühwald-Leipzig.

Haltbare und nicht toxische Antigonokokkenvakzine, von C. Nicolle und L. Blaizot. (Acad. des sciences, 24. Nov. und 1. Dez. 1913.) Die Verfasser stellen ihre Vakzine folgendermaßen her. Als Nährboden benutzen sie folgende Zusammensetzung: Fleischbouillon 100, Harnstoff 0,4, Glykose 2, phosphorsaures Ammoniak 0,05, Meersalz 1, Agar 1,5. Jedem Röhrchen dieses Nährbodens (5 ccm) wird $^1/_2$ ccm Kaninchenserum zugesetzt. Man impft einen richtigen Gonokokkus ein, den man vorher an ein Wachstum auf serumarmen Nährboden gewöhnt hat. Der Synokokkus (so nennen die Verfasser einen dem Gonokokkus sehr ähnlichen Kokkus, der sich durch einige Kennzeichen von ihm unterscheidet, besonders dadurch, daß er sich nach Gram färbt) wird auf demselben Nährboden ohne Serum gezüchtet. Nach 24 Stunden kommen die Kulturen aus dem Brutschrank und werden in einer 7 ‰ igen Lösung von Fluornatrium emulgiert, mehrfach gewaschen und zentrifugiert. Ist diese Waschung beendet, so werden neun Teile Synokokken und ein Teil Gonokokken gemischt und die Mischung

Digitized by Google

auf 500 Millionen Keime pro Kubikzentimeter gebracht. 48 Stunden Aufenthalt im Eisschrank genügen, um die Lebensfähigkeit der Keime zu zerstören. Zur Infektion werden 0.5 ccm der Vakzine mit 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und intramuskulär injiziert. A. Gunsett-Straßburg.

Versuche mit dem Nicollleschen Gonokokkenvakzin (Dniegon), von H. Müller-Mainz und E. Bender-Wiesbaden. (M. m. W., 1914, Nr. 30.) Die Resultate, welche Verfasser bei 17 Versuchspersonen mit dem von Nicolle in Paris hergestellten Präparat erzielt haben, sind nicht gleichmäßig gewesen, waren aber bei einzelnen Fällen als ganz besonders gut zu bezeichnen. Wie die sonstigen Vakzine, versagte das Mittel entschieden bei 5 Fällen von unkomplizierter Harnröhrenblennorrhoe. Unter den anderen Kranken fanden sich verschiedene, welche vorher vergeblich anderweitig (auch mit Arthigon und Gonargin) behandelt worden waren und auf Dniegon sehr prompt sich besserten. Verfasser fanden verschiedentlich, daß bei solchen Patienten sich im Urethralsekret neben den Gonokokken auch Gram-positive Diplokokken vorfanden, und sind geneigt, hierin die Erklärung für die günstige Wirkung des französischen Präparates zu sehen. Das Nicollesche Antitoxin enthält nämlich nicht nur einen Stamm von Gonokokken, der auf einem an Pepton und Serum armen Nährboden gezüchtet ist, sondern auch und sogar in der Überzahl (9:1) den Gram-positiven Diplokokkus, welchen Nicolle als Synokokkus bezeichnete. Außerdem wäre es ja denkbar, daß der Nicollesche Gonokokkenstamm gerade einzelnen Patienten spezifisch entsprechend war. In einem Nachtrag teilen Verfasser mit, daß sie noch bei weiteren 15 Fällen ähnliche Erfolge beobachteten. A. Philippi-Salzschlirf.

Übt die Vakzine von Nicolle einen Einfluß aus auf die Entwicklung der Blennorrhagie in der Harnröhre, von Duhot. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) Auf Grund einer Erfahrung über 600 Injektionen mit dem Nicolleschen Vakzin bejaht D. diese Frage. Nach seiner Meinung übt es bestimmt eine Wirkung auch auf die urethrale Blennorrhoe aus, aber aus verschiedenen Gründen wirkt es langsamer als bei den Komplikationen. Die Mißerfolge wären, abgesehen von falscher Anwendung und mangelhafter Technik, auf schlechte hygienische Umstände bei den Kranken (anstrengende Arbeit, Trinken usw.) und mangelhafte Ausführung der lokalen Behandlung zurückzuführen. D. macht alle zwei Tage, im ganzen bis zu 10—15 Injektionen, durchschnittlich 7—8, und zwar stets intravenös. Die Dosis beträgt $^1/_{10}$—$^1/_8$ ccm einer Emulsion von 500000000 Keimen. Nach einigen Injektionen, wenn der Patient nicht reagiert, kann man bis zu $^3/_{20}$ und manchmal bis zu $^1/_5$ ccm steigen. D. benutzt eine 0,5 ccm-Rekordspritze, welche zunächst mit der Vakzinmenge und danach mit destilliertem Wasser resp. Kochsalzlösung aufgefüllt wird. Im Gegensatz zu anderen Vakzinen kommen nur geringe Fiebersteigerungen vor, ziemlich oft klagen die Kranken über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Frösteln und leichte Temperatursteigerungen, etwa zwei Stunden nach der Einspritzung. Bei zwei Kranken war eine strenge Bettruhe von zwei Tagen erforderlich. Örtlich wirken die Einspritzungen teils ausflußvermindernd, teils im Sinne einer vorübergehenden „Reaktivation, vergleichbar mit der Herxheimerschen Reaktion". So erklärt sich D. die Tatsache, daß manchmal bei einer Epididymitis, am nächsten oder übernächsten Tage nach der ersten Vakzineinjektion, der andere Nebenhoden erkrankte. Gleichzeitig mit der Vakzinetherapie werden die Kranken von Duhot mit dem Uranoblen von Bruck und Spülungen mit Kal. perm. behandelt. Auf diese Weise erzielt D. eine Durchschnittsdauer der Blennorrhoetherapie von 18 Tagen und meint damit eine wesentliche Zeitverkürzung erreicht zu haben. E. Brinitzer-Altona.

Einige Versuche mit der Antigonokokkenvakzine nach M. Nicolle-Tunis, von John Reenstierna-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1915, Heft 2, Nr. 11.) Verfasser be-

Digitized by Google

richtet über neun Fälle von Blennorrhoe mit Komplikationen, in denen er das Vakzin anwandte. Er bemerkte stets eine Besserung der Komplikationen, ohne aber einen Einfluß auf die Blennorrhoe selbst zu beobachten. Ein Fall von leichter Arthritis wurde durch einige Injektionen vollkommen geheilt. Verfasser hält ein noch besseres Resultat nicht für ausgeschlossen, wenn die Zwischenräume zwischen den einzelnen Injektionen kleiner wären, als er sie der Sparsamkeit wegen hat machen müssen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine, von A. Menzer-Halle. (M. Kl., 1913, Nr. 33.) Nach einer kritischen Beleuchtung der bekannten Arbeit von Bruck und Sommer wendet sich der Verfasser, dessen Erfahrungen sich fast nur auf die Erfolge oder Mißerfolge seiner Gonokokkenvakzine erstrecken, allgemeineren Betrachtungen über rationelle Blennorrhoetherapie zu. Wenn Gonokokkenherde am Anfang der Infektion sich ungehemmt und latent entwickeln können, so ist zu ihrer Heilung und der Elimination der Gonokokken eine reaktive Entzündung notwendig. Menzer ist nun überzeugt, daß die Vakzinationstherapie der akuten Blennorrhoe, gleich im Anfang bei Bettruhe ausgeführt und später mit Spülungen und Sitzbädern kombiniert, eine weit gründlichere Ausheilung gewährleistet als die anderen Methoden. Ob diese Vakzination intravenös oder subkutan geschieht, ist nach des Verfassers Ansicht gleichgültig.

O. Lasch-Breslau.

Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine, von Karl Bruck-Breslau. (M. Kl., 1913, Nr. 39.) In der etwas heftigen Polemik gegen die Arbeit von Menzer (in Nr. 33 d. M. Kl.) betont Bruck vor allem drei Punkte. 1. Die von Menzer nach intramuskulären Vakzineinjektionen beobachtete Sekretprovokation sei sonst fast von niemandem beobachtet worden. 2. Der diagnostische Wert intravenöser Arthigoninjektionen trete eben bei den Fällen zu Tage, in denen unsere sonstigen bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden versagten, und ebenso verhalte es sich in therapeutischer Beziehung mit den intravenösen Injektionen im Gegensatze zu den intramuskulären. 3. Seien Menzers Publikationen geeignet, den erprobten Wert der antiparasitären lokalen Blennorrhoebehandlung (speziell durch Silbersalze) zugunsten der Vakzinetherapie herabzusetzen. Auf die persönlichen Bemerkungen können wir hier nicht eingehen.

O. Lasch-Breslau.

Über intravenöse Arthigoninjektionen, von J. Kyrle und V. Mucha-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) 38 Patienten litten an unkomplizierter Blennorrhoe, und zwar handelte es sich 14 mal um akuten, 24 mal um subakuten und chronischen Harnröhrentripper, einschließlich sieben Patienten, die vor fünf Jahren Blennorrhoe durchgemacht hatten. In 44 Fällen lag eine durch Epididymitis entweder einseitig oder beiderseitig oder Prostatitis parenchymatosa (4 Fälle) komplizierte Erkrankung vor. 17 Patienten dienten als Kontrollfälle. Bei ihnen waren weder anamnestisch, noch klinisch irgendwelche Anhaltspunkte für eine stattgehabte Gonokokkeninfektion nachweisbar. Die Reaktion nach intravenöser Arthigoninjektion hat sicher in dem Sinne etwas Spezifisches an sich, als blennorrhoefreie Individuen entweder gar nicht oder nur mit geringer Fiebersteigerung antworten. Blennorrhoiker reagierten alle bis auf sechs mit mehr oder weniger hohen Temperaturen. Therapeutisch wurden dieselben Resultate erzielt wie von Bruck und Sommer. Die Domäne dieser Therapie ist und wird bleiben: die Komplikation der Blennorrhoe, vor allem die Epididymitis. Der Effekt tritt hier unvergleichlich prompter auf als bei der intramuskulären Injektion. Auch die vier Fälle von parenchymatöser Prostatitis wurden durch die Injektion gut beeinflußt. Die unkomplizierten Fälle von Blennorrhoe zeigten durchwegs keine Veränderungen, welche für Beeinflussung durch die Injektion sich hätten deuten lassen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen, von R. Frühwald-Leipzig. (M. Kl., 1913, Nr. 44.) In der Erkenntnis, von welcher fundamentalen Wichtigkeit speziell bei einer Prostituierten-Abteilung jedes neue Hilfsmittel für die Diagnose der Blennorrhoe ist, hat Frühwald die von Bruck und Sommer angegebene Methode der Diagnosen-Stellung mittels intravenöser Arthigoninjektionen an dem weiblichen Material von Rilles Klinik nachgeprüft und gibt, da zu einer definitiven Beurteilung seine Zahlen noch nicht ausreichen, eine vorläufige Mitteilung seiner Erfahrungen. Er glaubt, daß trotz mancher schwankenden Resultate die Reaktion mit gewissen Einschränkungen als eine spezifische zu betrachten sei und zwar unter folgenden Gesichtspunkten: Die Temperatursteigerung muß mindestens 1,3° betragen, und eine Temperatur von 37,8° erreicht werden; der mikroskopische Befund muß gleichzeitig erhoben werden. Die Befunde bei früher blennorrhoisch infiziert gewesenen Frauen und bei solchen, deren Blennorrhoe mikroskopisch durch die Behandlung geheilt erscheint, machen es wahrscheinlich, daß die Reaktion mit der Anwesenheit von Gonokokken zusammenhängt und nicht durch eine überstandene Infektion bedingt wird. Wiederholte Injektionen beeinträchtigen die Sicherheit der Reaktion, und bei mehr als zwei Spritzen hat nur der positive Befund Bedeutung. O. Lasch-Breslau.

Zur therapeutischen Anwendung intravenöser Arthigoninjektionen, von K. Bardach-Heidelberg. (M. m. W., 1913, Nr 47.) Bei 22 Fällen hat B. nach dem Vorschlag von Bruck und Sommer das Arthigon als intravenöse Injektion statt intramuskulär gegeben. Es handelte sich teils um unkomplizierte Arthritis blennorrhoica (2), teils um Epididymitis (12) und teils um Epididymitis im Verein (7) mit Prostatitis. Verfasser fand, daß er bei Befolgung der von Bruck und Sommer gegebenen Vorschrift nicht bessere Resultate erzielte als bei der intramuskulären Verabreichung; wohl aber trat eine stärkere Reaktion und ein prompterer Heilerfolg ein, als er die Dosis verdoppelte. Er gab deshalb im weiteren Verlauf seiner Beobachtungen als Anfangsdosis 0,2 Arthigon und steigerte bei den folgenden Einspritzungen jedesmal um dieses Quantum, so daß bei der fünften Injektion 1,0 Arthigon gegeben wurde. Gewöhnlich brauchte nur eine Pause von zweimal 24 Stunden zwischen den Injektionen gelassen zu werden. In einigen Fällen wurden noch größere Dosen, 1,5 bis ev. 2,5, ohne Schaden verabreicht. Dabei wurde aber stets mit Kochsalzlösung im Verhältnis von 1 : 4 verdünnt; bei der maximalen Dosis von 2,5 Arthigon wurden 10 ccm Kochsalzlösung zugesetzt. In der Regel trat vorübergehend eine Verschlimmerung der lokalen Beschwerden auf, doch störte dies den Enderfolg durchaus nicht. Verfasser rühmt besonders die glatte restlose Ausheilung der Epididymitis und der Gelenkaffektionen. Weniger eklatant, wenngleich ebenfalls günstig, war die Einwirkung auf die Prostatitis, und die urethralen Prozesse schienen wenig oder gar nicht beeinflußt zu werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen, von J. Lewinski-Düsseldorf. (M. m. W., 1913, S. 2784.) Die Erfahrungen, welche Verfasser an der Sternschen Klinik bei der Verwendung von Arthigon gesammelt hat, decken sich im allgemeinen mit denjenigen der bisherigen Publikationen. Besonders günstig erwies sich die Wirkung des Mittels bei Epididymitis (elf Fälle) und Prostatitis (vier Fälle) sowie bei Arthritis blennorrhoica und Cowperitis (je ein Fall), während eine Einwirkung auf die Urethralaffektion nicht zu konstatieren war. Besondere Beachtung wurde der diagnostischen Bedeutung der Injektionen geschenkt. Verfasser stellt auf Grund seiner diesbezüglichen Untersuchungen bei geheilten resp. anscheinend geheilten Blennorrhoikern und bei Individuen, welche keine Infektion durchgemacht zu haben schienen, die These auf, daß geheilte Patienten auf eine intravenöse Injektion von 0,05 ccm Arthigon mit einer Temperatursteigerung von nicht mehr als 1° C reagieren und auch darauf kein gono-

Digitized by Google

kokkenhaltiges Urethralsekret absondern. Niemals infiziert gewesene Personen reagieren auch auf 0,1 ccm nur mit einer Temperatursteigerung bis zu 1,5°. Andererseits genügt oft schon eine Dosis ven 0,025 Arthigon, um einen latenten Prozeß erkennen zu lassen. Für therapeutische Zwecke gab Verfasser bis zu 0,5 ccm Arthigon unverdünnt. Daß aber Schädigungen möglich sind, zeigte die Beobachtung bei einem 24jährigen herzkranken Patienten, der nach 0,05 ccm sehr ernste Atemnot und Herzbeschwerden mit Kollapzuständen darbot. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur intravenösen Anwendung des Arthigons bei den blennorrhoischen Erkrankungen des Weibes, von N. Leszlenyi und I. Winternitz-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 8.) Veranlaßt durch die günstigen Resultate, welche Bruck und Sommer mit intravenösen Arthigoninjektionen sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung bei Männern erzielt hatten, haben die Verfasser die Wirkung dieser Vakzine auch bei Frauen in größerem Maßstabe durchgeprüft. Sie kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: „1. Fiebersteigerung über 1,5° nach intravenöser Injektion von 0,1 ccm Arthigon spricht nur mit einiger Wahrscheinlichkeit für Blennorrhoe. Geringere Temperatursteigerungen sind diagnostisch nicht verwertbar. 2. Kleinere Dosen als 0,1 ccm sind diagnostisch überhaupt nicht verwertbar. 3. Auf die Erkrankung der Harnröhre, der Vagina und der Zervix hat Arthigon keinen nennenswerten Einfluß. 4. Bei den blennorrhoischen Erkrankungen der Adnexe und der Parametrien ist in zirka ein Drittel der Fälle zum Teil ein objektiver, zum Teil nur ein subjektiver Effekt zu konstatieren.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Im Laboratorium der südmandschurischen Eisenbahngesellschaft in Dairen in der Mandschurei, wo das internationale Patentrecht keine Geltung hat, soll die Herstellung des Salvarsans gelungen sein. Die einschlägigen therapeutischen Versuche werden in Japan vorgenommen werden.

Die staatliche Kommission zur Erforschung der Pellagra in Italien ist gegenwärtig mit dem Studium der Theorie von Prof. Giulio Alessandrini und Alberto Scala in Rom beschäftigt. Es werden daher Pellagrakranke systematisch mit Natrium citrat behandelt; auch wird für Entwässerung der betreffenden Distrikte im Sinne der erwähnten Theorie gesorgt.

Die Herausgabe der zum 70. Geburtstage von Elias Metschnikoff-Paris geplanten internationalen Festschrift ist der kriegerischen Ereignisse halber unterblieben. Einzelne der dafür bestimmten Arbeiten werden in Zeitschriften veröffentlicht werden.

Dr. Joseph Zeisler, Professor der Dermatologie an der Medical School der Northwestern University in Chicago, wurde zum Präsidenten des dortigen Physicians Club gewählt.

Prof. George M. Smith in Saint Louis, Mo. wurde zum Direktor des Skin and Cancer Hospital daselbst ernannt.

Dr. Samuel Jacoby in Berlin, Mitherausgeber des Urologischen Jahresberichtes und Bibliothekar der Berliner Urologischen Gesellschaft, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. August 1915 | Nr. 33 | Band 61

Aus der Königl. Univ.-Klinik für Hautkrankheiten in Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller).

Unsere Therapie der kongenitalen Lues.

Von

F. Hell, Oberarzt der Klinik.

Die in der Medizin der letzten Jahre wohl einzig dastehenden gewaltigen Fortschritte auf dem Gebiet der Syphilisforschung, deren Weg — in zeitlicher Aufeinanderfolge wiedergegeben — durch die glücklichen Ergebnisse im Tierexperiment, die Entdeckung der Spirochaeta pallida und der Wassermannschen Reaktion, die Züchtung der Erreger und ihre Übertragung auf den Tierkörper und die kaum noch zweifelhafte Erkenntnis der Metalues als wirklich syphilitischer Prozeß gekennzeichnet ist, haben unsere Anschauung über das Wesen dieser Krankheit von Grund aus geändert. Zugleich wurde uns in dem Salvarsan ein neues hervorragendes Heilmittel in die Hand gegeben, so daß wir jetzt in einem hohen Prozentsatz der primären und sogar der sekundären Fälle Dauerheilungen erzielen können und manche tertiäre, bisher gegen jede Behandlung jahre- und jahrzehntelang recht refraktär gewesene Syphilis unter Salvarsan wie mit einem Schlage beseitigt ist. Bei der Metalues sind die Erfolge allerdings immer noch nicht befriedigend, und bei der kongenitalen Syphilis haben wir nicht dieselben günstigen Erfolge aufzuweisen wie bei der akquirierten Lues.

Diese letzte Tatsache wird leicht verständlich, wenn man sich die besonders schwierigen Verhältnisse auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der kongenitalen Lues vor Augen führt. Der Zusammenhang zwischen der Lues der Eltern und der ihrer Kinder wurde bereits kurz nach dem pandemischen Auftreten der Syphilis in Europa gegen Ende des 15. Jahrhunderts mit Bestimmtheit ausgesprochen und sehr bald allgemein als richtig anerkannt. Aber fast ebenso schnell erstarb diese Meinung unter zahlreichen, zum Teil recht künstlichen, anders lehrenden Theorien. Erst im 19. Jahrhundert kamen wieder klare Vorstellungen von der Übertragung der Syphilis auf den Fötus zur Geltung, und die neuen Forschungsergebnisse, hierunter besonders die Wassermannsche Reaktion, haben die wichtigsten Streitfragen ihrer Lösung nahe gebracht, so daß

Digitized by Google

z. B. das Profetasche und Collessche Gesetz heute nur noch geschichtliches Interesse haben[1]).

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts bestand bereits eine ausgesprochene antiluetische Behandlung der kongenitalen Lues, die der damaligen Therapie der akquirierten Lues angepaßt war und nach den Zeugnissen v. Bärensprungs (1) in dem Gebrauch von Bädern, leichten Abführungen (Pulv. magnes. cum rheo.), ferner in Sarsaparillendekokt, sowie der lokalen und allgemeinen, aber noch nicht systematischen Anwendung einer Quecksilbersalbe bestand (Kalomel, Ung. hydrarg. praec. alb., Ung. hydrarg. amidato-bichlorat.), wobei die Mutter eventuell noch einer kombinierten Hunger- und Schwitzkur unterworfen wurde. Von diesen Methoden hat sich in der Folgezeit einzig die Quecksilberbehandlung in den verschiedensten Modifikationen und zwar bis in die heutige Zeit erhalten.

Erst in den letzten drei Jahren hat sich unter dem Druck der modernen Therapie bei akquirierter Syphilis und in Anlehnung an sie unter Ausnutzung der neueren wissenschaftlichen und therapeutischen Ergebnisse eine neue Methode Bahn gebrochen, die seit mehreren Jahren in der Kieler Hautklinik streng durchgeführt ist und im folgenden kurz wiedergegeben werden soll.

Zuvor sei wegen der hervorragenden Bedeutung und besonders seiner sozialen Tragweite kurz an zwei Punkte erinnert, einmal daran, daß bei einer frühzeitig eingeleiteten, energischen und möglichst bis zur Austragung der Schwangerschaft durchgeführten Behandlung fast stets gesunde Kinder zur Welt kommen und zweitens daran, daß ein negativer Befund beim Neugeborenen eine Lues nicht ausschließt, daß sogar nicht ganz selten erst nach Wochen und Monaten klinische Erscheinungen oder eine positive Wassermannsche Reaktion auftreten. Es ist daher auch in verdächtigen Fällen unbedingt eine monatelange klinische und serologische Überwachung nötig.

Ist die Diagnose gesichert, dann soll man möglichst bald, eventuell also schon am Ende der ersten Lebenswoche mit der Behandlung beginnen, die sich außer auf gute Pflege und richtige Ernährung auf eine spezifische Behandlung erstrecken muß. Die Ernährungsfrage kann unter Umständen Schwierigkeiten bieten. Als wichtigster Grundsatz gilt, daß die Mutter ihr Kind möglichst selbst stillt. Ist sie hierzu außerstande, dann eine luetische Amme, unter keinen Umständen eine gesunde, auch dann nicht, wenn diese auf die Gefahr einer Infektion aufmerksam gemacht ist. Nur in dem Falle ist ein Bedenken gegen das Selbststillen berechtigt, wo eine

---

[1]) Vgl. die ausführliche Erörterung dieser Fragen in der Arbeit von Bering: Sammlung zwangloser Abhandl. auf dem Gebiete der Dermatologie, 1912, Bd. 1, H. 4.

Digitized by Google

kranke Mutter ein anscheinend gesundes Kind geboren hat. Wir glauben allerdings auch dann noch befugt zu sein, dem Kinde die Mutterbrust zu geben, wenn es sich bei der Mutter um eine latente, gut vorbehandelte Lues handelt. Nötigenfalls kann auch an Stelle der Mutter eine Amme mit gleichartiger Lues treten, sonst muß künstliche Ernährung stattfinden. Praktisch wird die Mutter ihr Kind fast immer selbst stillen dürfen.

Nun zur antiluetischen Behandlung selbst. Hier hat das Quecksilber den alten Platz behauptet. Lokal wenden wir es bei stärker zerfallenen oder vegetierenden Hauterscheinungen als graue Salbe oder als Unnasches Quecksilberpflaster an. Kaum noch verwenden wir Sublimatbäder, da sie nicht energisch genug wirken und selbst bei erodierten Hauterscheinungen in der Nachhaltigkeit der Wirkung versagen. Auf jeden Fall leiten wir — und darauf legen wir das Hauptgewicht — recht bald eine Einreibungskur (0,3—0,5 g Ung. ciner. täglich) ein, die wegen der Zartheit der Haut schonender als bei Erwachsenen und geschickt ausgeführt werden muß, dann aber auch lokal wie allgemein über Erwarten günstig vertragen wird. Bei der 4—6 Wochen dauernden Kur werden in sechstägiger Wiederholung von einer sachkundigen Person Arme, Beine, Brust und Rücken, jeden Tag ein Körperteil, 5—10 Minuten lang unter leichtem Druck mit der Salbe eingerieben. Am siebenten Tage Vollbad und Ruhe, bei Hautreizung eventuell noch ein zweites Bad in der Woche. Die von früher her noch vielfach übliche interne Darreichung von Kalomel haben wir aufgegeben, da sie gut zu entbehren ist und nicht selten Magen-Darmstörungen auslöst. Sehr gern geben wir dagegen Quecksilberinjektionen, mit Vorliebe bei etwas älteren Kindern, vielfach als Fortsetzung der Inunktionskur und besonders in der ambulanten Praxis. Wir bevorzugen Sublimat und geben zweimal wöchentlich 0,003—0,005 (Sublimat 1,0, Natr. chlorat. 10,0, Aqua dest. ad 100,0), und es sei gleich hinzugefügt, daß die Injektionen auch bei schwach entwickelter Glutäalmuskulatur recht gut vertragen werden.

Das Quecksilber kombinieren wir stets mit Salvarsan und geben dieses wegen seiner stärkeren Spirillocidie und der dadurch bedingten Vergiftungsgefahr durch die frei werdenden Endotoxine der abgetöteten Spirochäten stets erst nach einer Vorbehandlung mit Quecksilber. Diese Überlegung, die Ehrlich (2) im Beginn der Salvarsanära sogar veranlaßt hat, von der Anwendung des Salvarsans bei kongenitaler Lues überhaupt abzuraten, besteht hier auch heute noch ohne Zweifel zu Recht, während diese Vorsicht bei der erworbenen Lues außer wenigen Fällen mit zerebralen Erscheinungen nach unserer Meinung zum mindesten überflüssig ist.

Es hat recht lange gedauert, bis eine zweckmäßige Form der Salvarsan-

Digitized by Google

darreichung gefunden wurde. Wegen der Gefährlichkeit für kleine Kinder versuchte man nach dem aus der Geschichte der Syphilis bekannten Vorbild der indirekten Hg-Zufuhr durch die Milch von mit Quecksilber behandelten Ammen, Kühen, Ziegen oder Eselinnen auch beim Salvarsan die gleiche indirekte Methode. Täge (3), Duhot (4), Neisser (5), Scholtz (6), Freund (7) und andere gaben die Milch der mit Salvarsan vorbehandelten Mutter. Genannt sei noch das recht gute Resultat, welches Jesionek (8) mit der Milch einer intravenös mit Salvarsan vorbehandelten Ziege erzielte. Doch konnte nirgends von konstanten Erfolgen die Rede sein. Daher wagte man alsbald die direkte, d. h. zunächst die intramuskuläre Einverleibung, wenn auch anfangs wegen der entstehenden Nekrosen mit wenig gutem Ausgang. Nach Verbesserung der Technik jedoch konnten Galewsky (9), Herxheimer-Schonnefeld (10), Ritter (11), Schreiber (12) u. a. über bessere Erfolge berichten. Nicht uninteressant sind die zahlreichen im Laufe der Zeit versuchten Einverleibungsmethoden. Aber ein Nachteil blieb: weder die Art der Lösung, noch die Höhe der Dosis, noch die Art oder der Ort der Injektion schützten mit Sicherheit vor einer Nekrose, und dieser Nachteil ist erst mit der Einführung des Neosalvarsans beseitigt worden. Daher geben wir jetzt — wenn wir nicht die intravenöse Injektion mit der Spritze in die oft ausgezeichnet hervortretenden Schläfenvenen wählen — nur noch das Neosalvarsan und zwar etwa 0,005—0,15, aufgelöst in wenig destilliertem Wasser, wöchentlich einmal intraglutäal, im ganzen 4—6 Injektionen, wobei sich Verträglichkeit und Wirksamkeit als sehr gut erwiesen haben. Auf diese Weise dauert die ganze Kur etwa 2—3 Monate.

Während und am Schluß der Kur wird wie bei der akquirierten Lues die Wassermannsche Reaktion geprüft, und hierbei ist uns eins aufgefallen: während bei der akquirierten Lues die positive Reaktion meist sehr schnell negativ wird und häufig negativ bleibt, finden sich bei der kongenitalen Lues neben einzelnen günstig beeinflußten Fällen nicht selten solche, wo die Reaktion erst nach sehr langer Behandlung negativ wird oder nur kurze Zeit negativ bleibt, ein Punkt, in dem unsere Erfahrungen sich mit den von Hoffmann (13) kürzlich mitgeteilten Angaben wenig decken. Ob uns wie bisher, so auch weiterhin bei der kongenitalen Lues der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion in allen Fällen als Indikation für eine neue Kur gelten wird, möchten wir nicht entscheiden.

In jedem Fall lassen wir nach einigen Monaten eine zweite ähnliche Kur anschließen, und meistens werden sich auch noch eine dritte oder noch weitere Kuren als notwendig erweisen. Wird die Behandlung sachgemäß und konsequent durchgeführt, dann ist nicht daran zu zweifeln, daß unter der modernen Behandlung das Schicksal der syphilitischen Kinder ein

Digitized by Google

weit günstigeres wird, als es bei der früheren Behandlungsweise möglich war.

Literatur.

1. v. Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864. — 2. Ehrlich-Hata, Die experimentelle Chemotherapie der Spirillose. 1910. — 3. Täge, M. m. W., 1910, Nr. 33. — 4. Duhot, M. m. W., 1910, Nr. 35. — 5. Neisser, D. m. W., 1910, Nr. 41. — 6. Scholtz, D. m. W., 1910, Nr. 41. — 7. Freund, M. m. W., 1910, Nr. 6. — 8. Jesionek, M. m. W., 1911, Nr. 22. — 9. Galewsky, D. m. W., 1910, Nr. 48. — 10. Herxheimer-Schonnefeld, M. Kl., 1910, Nr. 36. — 11. Ritter, M. m. W., 1914, Nr. 43. — 12. Schreiber, Zbl. f. Kindhlk., 1911, Nr. 1. — 13. Hoffmann, Derm. W., 1914, Nr. 21.

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger, Prag.

I. Teil.

(Schluß.)

Das Wesen der Urtika ist das Ödem. Was für ein Ödem ist dies? Welcher Art ist dasselbe? Diese Frage müssen wir uns stets vorlegen, stets zu lösen versuchen. Ist doch in ihr auch die Frage der pathologisch-anatomischen Natur der Urtikaria und der Mehrzahl der übrigen Krankheiten der Gruppe der sogenannten kutanen Angioneurosen enthalten. Alle Forscher versuchten diese Frage bis jetzt mit dem Mikroskop und *mit* chemischen Reaktionen zu lösen. Diese Methoden haben, wie man sieht, vollständig versagt. Diesen Weg können wir demnach nicht einschlagen, wenn wir keine besseren chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden zur Hand haben als die oben zitierten Forscher hatten. In der letzten Zeit wurden sehr viele Fragen durch die biologische Forschung gelöst. Ließe sich diese Methode nicht auch hier, wo sie noch niemand angewendet hat, versuchen? Wenn es uns gelänge zu konstatieren, was diese Ödemflüssigkeit im Hautgewebe hervorrufen kann, welche vitalen Veränderungen sie in demselben bewirken kann, könnten wir dann vielleicht aus der Art dieser Veränderungen auch auf das Wesen der sie hervorrufenden Ursache, der Flüssigkeit selbst, einen Schluß ziehen. Wenn sie aber irgend welche vitale Veränderungen hervorrufen sollte, müßte sie längere Zeit mit dem Protoplasma der Gewebszellen in Kontakt bleiben und je länger sie dies bliebe, desto besser wäre es. Gut wäre es auch, wenn diese Untersuchungen an möglichst jungen Individuen stattfinden könnten, bei denen man frische Zellen voll Lebensenergie voraussetzen kann. Beiden Forderungen wird

Digitized by Google

in geradezu idealer Weise die Urticaria pigmentosa gerecht, d. i. ein Nesselausschlag, der Kinder im zartesten Alter befällt und Quaddeln bildet, die Wochen, ja sogar Monate persistieren können. Nun, und gerade bei dieser Krankheit finden wir zwei Arten von typischen Veränderungen: zunächst eine Hyperplasie des Hautgewebes und zweitens eine ungeheuere Menge der sogenannten Mastzellen. Die Menge derselben ist so groß, daß man gezweifelt hat, ob die Urticaria pigmentosa überhaupt eine Urtikaria sei. Klinisch kann darüber kein Zweifel bestehen. Sie ist wirklich eine Urtikaria, d. i. eine Krankheit, die durch Hauteffloreszenzen charakterisiert ist, die wir überall anderswo als Urtikariaquaddel, als Urtika bezeichnen. Daß wir bei ihr stets eine ungeheuere Menge von Mastzellen finden, nicht aber bei der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen, muß nicht durch eine absolute Verschiedenheit der beiden krankhaften Zustände, sondern durch wichtige sekundäre Umstände erklärt werden. Bei der Urticaria pigmentosa handelt es sich um Individuen des zartesten Alters, um Säuglinge, und ihre Quaddeln dauern Wochen und Monate. Durch diese Umstände unterscheidet sich die Urticaria pigmentosa wesentlich von der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen und nur darin liegt gewiß auch die Ursache des abweichenden histologischen Befundes und nicht etwa darin, daß die Urticaria pigmentosa ein ganz anderer Krankheitsprozeß sein sollte als die gewöhnliche Urtikaria der Erwachsenen. Wir können daher jene Menge von Mastzellen ebenso wie die Hyperplasie des Hautbindegewebes als Erscheinungen auffassen, die zum Wesen der Urtikaria gehören, allerdings aber nur zum Wesen der infantilen Urtikaria. Bei der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen findet sich nur das einfache Ödem des Bindegewebes. Man kann daher nicht behaupten, daß die Hyperplasie des Hautbindegewebes und die Mastzellen ein wesentlicher Bestandteil der Urtikaria überhaupt wären resp. daß sie das Produkt des pathologisch-anatomischen Prozesses wären, der das urtikarielle Ödem hervorgerufen hat. Wenn sie aber nicht das Produkt dieses fundamentalen Prozesses sind, dann können sie nur eine Folge der Einwirkung der Ödemflüssigkeit auf das Zellplasma der jungen, kindlichen Haut sein.

Was ist uns über die Mastzellen bekannt? Wie bereits der Name andeutet, vermuten wir, daß sie durch eine reichliche Ernährung entweder der Bindegewebszellen oder auch der Blutzellen entstehen. Daß diese Erklärung auch für die Mastzellen bei Urticaria pigmentosa zutreffen dürfte, beweist auch das andere diese Krankheit charakterisierende Symptom, nämlich die Hyperplasie der Bindegewebsbündel, die ebenfalls nur in einer übermäßigen Ernährung des Hautgewebes ihre Ursache haben dürfte. Beide Symptome also, durch welche sich die Urticaria pigmen-

Digitized by Google

tosa von der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen unterscheidet, können in der Weise erklärt werden, daß die Ödemflüssigkeit für das Hautgewebe und das Protoplasma seiner Zellen ein ausgezeichnetes Nährmaterial bildet. Da es sich nun um Individuen des zartesten Alters mit sehr lebensfähigem Zellplasma handelt und da ferner die Ödemflüssigkeit überdies mit dem Gewebe sehr lange in Kontakt bleibt, können sich gerade bei dieser Form der Urtikaria die Folgen der Übernährung ihrer Elemente in so hohem Grade entwickeln. Darum entstehen hier so viele Mastzellen und darum kommt es zu einer so hochgradigen Hyperplasie des Bindegewebes. Demnach ist die urtikarielle Ödemflüssigkeit imstande, Gewebshypertrophie und reichliche Mastzellen zu erzeugen, wenn sie auf geeignetes lebendes Material genügend lange einwirken kann. Dies ist ihre biologische Eigenschaft.

Wenn wir uns nun weiter danach umsehen, ob analoge Veränderungen etwa auch bei einer anderen Hautaffektion vorkommen, so finden wir, daß dies der Fall ist bei der durch Lymphostase bedingten Elefantiasis der Haut. Auch diese wird durch Hyperplasie des Bindegewebes und reichliche Mastzellen charakterisiert. Demnach ruft die Lymphostase, wenn sie lange dauert (was bei der Elefantiasis der Fall ist) dieselben Veränderungen hervor wie die Urticaria pigmentosa. Es müssen also die Erscheinungen bei beiden Affektionen eine gleichartige Ursache besitzen. Bei Urtikaria kennen wir die Ursache nicht, wohl aber bei der lymphostatischen Elefantiasis. Gemäß dieser biologischen Erfahrung kann die urtikarielle Ödemflüssigkeit nichts anderes sein als Lymphe. Daß dem so ist, beweist noch eine andere Erfahrung betreffs der Mastzellen. Wir wissen nämlich, daß sie auch bei entzündlichen Prozessen vorkommen, vorwiegend aber bei solchen, die mit Lymphostase einhergehen.

Damit haben wir die Frage über das Wesen der urtikariellen Ödemflüssigkeit gelöst.

Nun können wir an die Lösung der zweiten Frage herantreten: wie dieses Ödem entsteht? Da müssen wir uns zuerst darüber klar sein, was wir von der Lymphe wissen. In dem erwähnten Lehrbuch von Mareš lesen wir: „Das innere Medium ist die Gewebsflüssigkeit, ein Saft, der alle Gewebe und auch die Zellen durchdringt, der Zellsaft im inneren des Protoplasmas, der oft in Hohlräumen (Vakuolen) angesammelt ist. Dem Gewebssaft entnimmt das Protoplasma die Nährstoffe nach seinem Bedarf und namentlich auch den Sauerstoff, der in dem Gewebssaft locker gelöst ist; in den Gewebssaft entleert es die beim physiologischen Stoffwechsel in ihm entstandenen Stoffe, namentlich auch die Kohlensäure."

Digitized by Google

„Der überschüssige Gewebssaft wird als Lymphe durch das Lymphgefäßsystem, das mit Lymphknoten des adenoiden Gewebes versehen ist, in das venöse Blutsystem geleitet."

Die stoffliche Zusammensetzung der Lymphe steht qualitativ der Zusammensetzung des Blutplasmas nahe, nur daß ein Unterschied speziell in der Menge der Proteinsubstanzen besteht."

Über die Entstehung der Lymphe herrschen zwei Ansichten: eine physikalische, welche behauptet, daß die Lymphe durch Filtration, Diffusion, Osmose entsteht, und eine vitalistische von Heidenhain, welche behauptet, daß sie durch die Tätigkeit der die Wand der Blutkapillaren bildenden Zellen entsteht. Aus dem Buch von Mareš geht hervor, daß viele Experimente an Tieren angestellt wurden, um zu erweisen, welche von den beiden Ansichten die richtige ist. Merkwürdigerweise blieb die klinische Erfahrung am Menschen unbeachtet und unbewertet. Und doch glaube ich, daß diese Erfahrung durch ihren Wert alle und auch die neuesten mühsamen und komplizierten Tierexperimente weit überragt.

Wir kennen nämlich aus der menschlichen Pathologie sehr gut einen krankhaften Zustand, der durch Filtration von Transsudat aus dem Blut durch die Blutgefäßwände in die umgebenden Gewebe entsteht. Es ist dies das Ödem durch Transsudation infolge Durchlässigkeit der Blutgefäßwände. Es entsteht entweder infolge schlechter Ernährung der Blutgefäßwände oder infolge Blutstauung in den Venen bei Vorhandensein von Hindernissen im Blutkreislauf. Aus erstgenannter Ursache entsteht das Ödem bei allgemein anämischen und in ihrer Ernährung herabgekommenen Menschen. Bei diesen schwellen zunächst jene Stellen an, wo die Blutgefäße durch lockeres Bindegewebe verlaufen, das wohl ihren Wänden eine schwache Stütze bietet: die Augenlider und die Genitalien, aber auch die distalen Partien der oberen und unteren Extremitäten, wo wahrscheinlich außer der schlechten Ernährung der Gefäßwände auch der erschwerte Blutkreislauf eine Rolle spielt. Auch die Anschwellung der gelähmten Extremitäten dürfte, wenn nicht überhaupt, so doch zum größten Teil, durch die schlechte Ernährung der Gefäßwände bedingt sein. Durch Blutstauung in den Venen infolge von Hindernissen im Blutkreislauf entstehen die Schwellungen bei Menschen mit inkompensierten Herzfehlern, bei Nephritikern, Emphysematikern, bei hochgradiger Lungentuberkulose usw. In gleicher Weise wirkt auch ein zufälliges Hindernis an irgend einer Stelle des Blutkreislaufes: der Druck aszitischer Flüssigkeit oder eines Bauchtumors auf die das Blut aus den unteren Extremitäten ableitenden Venen, der Druck eines Tumors der Axilla auf die Axillarvene usw. Das klinische Bild, das sich infolge Überfüllung des Gewebes mit aus den Blutgefäßen nach physikalischen Gesetzen

Digitized by Google

filtrierter Flüssigkeit entwickelt, ist zu gut bekannt, als daß es notwendig wäre, es an dieser Stelle näher zu beschreiben. Die durch das Transsudat geschwellte Haut ist gespannt, von glänzender Oberfläche, blaß, wachsartig bleich oder auch leicht bläulich, trocken. Die Sekretion der Hautdrüsen ist aufgehoben. In exzessiven Fällen platzt die ad maximum gespannte Haut und aus den linearen Sprüngen sickert das seröse Transsudat. Dies ist in den wichtigsten Umrissen das Bild des Ödems infolge chronischer Filtration. Außerdem kennen wir auch noch das Bild infolge akuter Filtration. Wenn wir an die Extremität eine Esmarch-Binde anlegen, wie z. B. beim Aderlaß oder bei der intravenösen Injektion, schwellen zuerst die Hautvenen an dem distalen Ende der abgeschnürten Extremität an. Nach einiger Zeit beginnt die Filtration des Blutserums aus den überfüllten Venen in das umgebende Bindegewebe und an dem abgeschnürten Teil entwickelt sich ein immer größer werdendes Ödem, in welchem sich die anfangs prominierenden Venen nach und nach verlieren. Die Haut nimmt dabei eine graublaue Farbe an. Die Blutgefäße und zwar sowohl die Venen als auch Arterien reagieren auf die Überfüllung mit krampfhafter Kontraktion an einzelnen Stellen, wodurch weiße, anämische Flecke auf dem diffus graublauen Grunde entstehen. Bei längerer Dauer der Filtration tritt durch die Gefäßwände auch durch Hämoglobin gefärbtes Blutserum aus und infolgedessen erscheinen an der Oberfläche der Haut anfangs kleine, später auch ausgedehnte ziegelrote Flecke. Daran ist aber noch nicht genug; es kann selbst zu Blutergüssen kommen und die Oberfläche der Extremität erhält durch die *licht- bis* dunkelblauroten Flecke, deren Farbe sich nach der Tiefe richtet, *in* welche sich das Blut ergossen hat, ein noch bunteres Aussehen. Wie sehr verschieden von diesen beiden Ödemformen ist das klinische Bild, das durch Überfüllung des Gewebes mit Lymphe entsteht! Auch hier unterscheiden wir eine chronische, sich langsam entwickelnde und eine akute, rasch entstehende Form. Bei der ersten Form ist die Haut verdickt, derb und nicht in die normalen feinen Falten zu legen. Die Furchen sind deutlicher ausgeprägt, so daß sie in verschieden große und verschieden geformte Felder eingeteilt ist. Ihre Oberfläche ist glatt, entweder frei von Schuppen oder von kleinen, kleienförmigen bis lamellösen Schuppen bedeckt; oder sie ist uneben und zeigt kleine, warzenförmige Gebilde oder auch Geschwülstchen von der Größe einer Erbse bis zu der einer Kirsche (lymphatischer Varix) oder gar papillomatöse Exkreszenzen. Ein Beispiel der akuten Überfüllung der Gewebe mit Lymphe ist die Urtika oder auch das akute Quinckesche Ödem. Den klinischen Unterschied zwischen diesen Zuständen und jenem oben beschriebenen akuten Filtrationsödem brauche ich wohl nicht näher zu schildern. Aber

Digitized by Google

nicht nur das klinische Bild, auch die Qualität der Ödemflüssigkeit ist in beiden Fällen absolut verschieden. Beim mechanischen Ödem, dem Ödem durch Transsudation, Filtration, handelt es sich um eine eiweißarme, dem Blutserum ähnliche Flüssigkeit, während die Lymphe bekanntlich eine dem Blutplasma entsprechende Zusammenstellung besitzt. Wir kennen also in der menschlichen Pathologie zwei klinische krankhafte Zustände: das Ödem durch Transsudation, von dem wir wissen, daß es auf mechanische Weise entsteht, und das lymphatische Ödem, dessen Entstehung noch strittig ist. Beide Ödeme sind sowohl durch ihr Äußeres, als auch in ihrem Wesen grundverschieden. Es ist daher gänzlich ausgeschlossen, daß sie nach demselben Prinzip entstehen könnten. Die Unterschiede zwischen ihnen sind so ungeheuer groß, daß sie eine derartige Vermutung schon a priori ausschließen. Wenn wir demnach wissen, daß der eine dieser beiden Zustände (das Ödem durch Transsudation) nach rein mechanischen Gesetzen zustande kommt, nämlich durch Filtration von Flüssigkeit aus dem Blute in das benachbarte Gewebe, muß unbedingt angenommen werden, daß der andere (das lymphatische Ödem) auf eine ganz andere Weise entstehen muß. Und da es nur zwei Möglichkeiten gibt, kommt nur die andere in Betracht: wenn es nicht auf mechanische Weise, durch Filtration entsteht, kann es nur durch die vitalen Kräfte des Endothels der Blutkapillaren, durch Sekretion entstehen.

Als Kliniker muß ich mich demnach auf den Standpunkt stellen, den Heidenhain, Carlson, Hamburger, Mareš und andere Autoren vertreten haben, daß nämlich die Lymphe nicht nach physikalischen Gesetzen, sondern durch die vitalen Kräfte des Zellplasmas, durch die sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren zustande kommt.

Um die Beweiskette über die lymphatische Natur des urtikariellen Ödems zu schließen, muß ich noch die folgende experimentelle Erfahrung Heidenhains anführen: er untersuchte experimentell den Einfluß gewisser Substanzen auf die Bildung der Lymphe, von denen bekannt ist, daß sie, wenn sie von außen in die Haut gelangen oder eingenommen werden, beim Menschen eine Urtikariaquaddel hervorrufen. Er fand, daß der Extrakt aus Krebsmuskeln, Blutegeln, Flußmuscheln u. dgl. ins Blut eingespritzt, einen ziemlich mächtigen Lymphstrom hervorruft. Diese Substanzen regen die Endothelien der Kapillaren zur sekretorischen Tätigkeit an, durch welche der Gewebssaft aus dem Blute abgesondert wird. Die sekretorische Tätigkeit der Kapillarendothelien ist die Hauptquelle der aus dem Blute strömenden Lymphe (zit. nach Mareš). Außer dem Blut supponiert Heidenhain noch das Gewebe als Quelle der

Digitized by Google

Lymphe, doch ist diese Quelle im Vergleich zum Blut sicher von untergeordneter Bedeutung.

Ich habe bewiesen:

1. das die Urtika bedingende Ödem ist verursacht durch plötzliche Ansammlung von Lymphe in einer umschriebenen Hautpartie.

2. Die Lymphe entsteht aus dem Blut durch sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren. Demnach ist die Urtika pathologisch-anatomisch ein akutes zirkumskriptes lymphatisches Ödem der Haut.

Wie entsteht dieses Ödem? Es kann auf eine zweifache Weise entstehen. Entweder durch eine plötzliche, überstürzte Sekretion von Lymphe oder durch eine plötzliche Verhinderung ihres Abflusses. Welche Entstehungsart besteht zu Recht? Schon die oben angeführte Erfahrung Heidenhains, daß nach Injektion urtikariogener Substanzen ein beträchtliches Anschwellen des Lymphstroms eintritt, spricht für eine plötzliche, überstürzte Hypersekretion. Für diese spricht aber auch die anatomische Erfahrung, daß vielfache Kommunikationen und Anastomosen zwischen den einzelnen Spalten und Lymphgefäßen bestehen, durch die der Lymphstrom, der bekanntlich de norma sehr langsam fließt, leicht neue Abflußbahnen finden würde, wenn sein Abfluß irgendwo behindert werden sollte. Ist doch die Zahl der Verbindungen und Seitenbahnen so groß, daß gewöhnlich nicht einmal durch Unterbindung des lymphatischen Hauptabflußgefäßes einer Extremität die Hervorrufung einer Lymphostase *gelingt*. Man hat daraus bekanntlich den Schluß gezogen, daß der Hauptstrom der Lymphe in die Venen verläuft (Unna). Dies ist aber ein Irrtum, da man eben jene zahlreichen Anastomosen und Seitenbahnen vergessen hat. Wir wissen jetzt, daß, wenn es gelingt, sämtliche Lymphbahnen eines Bezirkes zu unterbinden, sicher Lymphostase mit ihren Folgen entsteht. Dieses Ereignis tritt z. B. ein, wenn sämtliche Lymphknoten der Leistengegend radikal entfernt werden.

Also: das akute zirkumskripte lymphatische Ödem der Urtika entsteht durch plötzliche Hypersekretion von Lymphe. Demnach ist die Urtika der Ausdruck einer Störung der Lymphsekretion. Die Urtikaria gehört also pathologisch-anatomisch in die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae; durch diese neu aufgestellte Gruppe muß das pathologisch-anatomische System der Hautkrankheiten ergänzt werden.

Das Wesen der urtikariellen Reaktion beruht demnach auf einem analogen Prinzip wie alle übrigen objektiven Hautreaktionen. Auch für sie existiert in der Haut eine besondere Einrichtung: das Endothel der

Digitized by Google

Gefäßkapillaren, das auf einen entsprechenden Reiz mit einer erhöhten Tätigkeit antwortet, deren Produkt das lymphatische Ödem ist. Die Urtika ist, wie wir noch hören werden, nicht das einzige klinische Symptom des lymphatischen, durch kapilläre Hypersekretion entstandenen Ödems. Es ist daher die Bezeichnung „urtikarielle Reaktion", deren wir uns bis jetzt zum Zwecke der leichteren Verständigung mit dem Leser bedient haben, nicht ferner aufrechtzuerhalten, sondern muß durch die Bezeichnung „lymphatische Reaktion" ersetzt werden. Das Organ der lymphatischen Reaktion sind also die Blutkapillaren, speziell deren sekretorisches Endothel.

Was das Reizmittel anbelangt, kennen wir eine ganze Reihe urtikariogener Substanzen der verschiedensten Provenienz. Diese Substanzen vermögen die Kapillarendothelien direkt zu reizen, mögen sie zu denselben von außen oder aus dem Blute gelangen. Außerdem müssen wir aber auf Grund der klinischen Erfahrungen annehmen, daß es möglich ist, die lymphatische Reaktion auch durch Nervenreiz hervorzurufen. Obwohl uns bis jetzt nähere Kenntnisse über diesen Gegenstand fehlen, müssen wir vermuten, daß es das Nervensystem ist, welches die sekretorische Tätigkeit der Kapillaren beherrscht, ähnlich jenem Nervensystem, welches die sekretorische Tätigkeit der Zellen der Schweißdrüsen reguliert.

Am Schlusse des ersten Abschnittes meiner Studie angelangt, resümiere ich:

Die entzündliche Reaktion gipfelt bezüglich der Gefäßsymptome in einer qualitativen und quantitativen Veränderung der Sekretion des Gewebssaftes. Sie wird durch das Zellprotoplasma des lädierten Gewebes hervorgerufen und reguliert und geht außerdem mit einer ganzen Reihe vorbereitender Veränderungen einher.

Die lymphatische Reaktion ist der Ausdruck einer quantitativ gesteigerten Sekretion des Gewebssaftes und ist bedingt entweder durch eine direkte oder eine Nervenreizung der sekretorischen Kapillarzellen.

Daraus geht vor allem die nahe Verwandtschaft zwischen dem entzündlichen und dem lymphatischen Ödem hervor, und doch auch ein wesentlicher Unterschied zwischen denselben. Daraus erklärt sich die auffallende klinische Ähnlichkeit des entzündlichen und lymphatischen Ödems, aber auch die Verschiedenheit in den Ansichten über das Wesen der Urtika unter den Autoren wie Unna, Neisser, Kreibich, Török u. a.

Daraus geht ferner hervor, daß die entzündliche und lymphatische Reaktion absolut selbständige Reaktionen sind. Jede

Digitized by Google

derselben kann für sich allein auf der Haut entstehen und auf derselben besondere klinische Morphen hervorrufen. Außerdem aber können sicherlich Fälle vorkommen, bei denen beide Reaktionen an der Bildung der krankhaften Erscheinungen auf der Haut mitwirken können, die dann die Symptome der entzündlichen und der lymphatischen Reaktion an sich tragen. Davon soll aber in einem zweiten Teil unserer Studie die Rede sein.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Dezember 1915.

1. Über die Fortschritte unserer Kenntnis der Pathologie der Syphilis in neuester Zeit, von RICHARD FRÜHWALD-Leipzig. FRÜHWALD gibt eine Zusammenfassung der gewaltigen Errungenschaften der syphilidologischen Fortschritte der letzten Zeit, die speziell in der Kenntnis der Pathologie der Syphilis erreicht worden sind. FRÜHWALDS Ansichten sind den Lesern aus seinen zahlreichen verdienstvollen deutschen Publikationen bekannt.

2. Die Fulgurationsbehandlung gewisser Neubildungen, von F. TYLER-Omaha. Als Hauptvorzüge der Behandlungsmethode von Neubildungen mit Fulguration gegenüber der chirurgischen Messerbehandlung erwähnt der Verfasser 1. das Fehlen einer sichtbaren, oft entstellenden Narbe, besonders bei Tumoren des Gesichtes, 2. die geringere Gefahr von Metastasenbildung, da weder Blut- noch Lymphgefäße eröffnet werden, 3. die Möglichkeit, den Strom vorsichtig zu dosieren, besonders wenn man in der Nähe großer Gefäß- oder Nervenstämme behandeln muß. Der Apparat ist nicht teuer, vielfach verwendbar — ja, nach TYLER für viele Fälle unentbehrlich. TYLER schildert *einige* Fälle von Epitheliomen und Fibromen, die mit bestem Erfolge mittels Fulguration behandelt und ohne störende Narben geheilt worden sind. Es sind von einigen Fällen sehr instruktive Abbildungen zur Illustration der Resultate beigefügt. Auch bei Warzen, Keloiden usw. hat der Verfasser gute Erfolge gehabt. Bei oberflächlichen Tumoren hat der Verfasser die manopolare Methode — oft ohne jede Anästhesie — angewendet; bei tiefer liegenden ist die bipolare notwendig. Bei Affektionen an den Extremitäten wird der passive Pol auf die der zu behandelnden Stelle entgegengesetzte Seite aufgesetzt. TYLER hofft, daß infolge der guten Resultate und der oben erwähnten Vorzüge die Methode weitere Verbreitung finden wird.

3. Über das sogenannte renale Hypernephroma, von O. H. KELSALL-Louisville. Der Verfasser betont selbst, daß der Ausdruck „renales Hypernephroma" nur eine Art Verlegenheitsname ist für Tumoren oberhalb der Niere oder Tumoren der Nebenniere und quasi als Kompromiß eingeführt wurde wegen einiger pathologisch anatomischer Besonderheiten. Diese hatten in den verschiedenen Krankenhäusern zu den Bezeichnungen: „Angiosarkom, Peritheliom, Endotheliom, Mesotheliom, Karzinom" geführt. Dann bespricht KELSALL sehr ausführlich die Ätiologie dieser Neubildung nach der GRAWITZschen Theorie. Die Krankheit tritt meist im 50.—60. Lebensjahre auf; sie ist auch bei Kindern, aber dann mit sehr schnellem Verlauf beobachtet worden. Von den Symptomen ist die Hämaturie das konstanteste und wichtigste. Die Diagnose ist schwer und meist erst bei der Operation zu stellen. Die Prognose ist ungünstig. ALBARRAN

Digitized by Google

fand bei Operationen von der Lumbalgegend aus eine Mortalität von 22%. Bei solcher vom Abdomen 23%. Dazu kommt die große Häufigkeit der Metastasen. KELSALL bringt die Krankengeschichte eines solchen Falles mit glücklichem Ausgange der Operation. Der pathologische Befund lautete: Tumor von der Größe eines Manneskopfes, der die untere Hälfte der linken Niere einschließt. Schnitte durch den Tumor zeigen, daß er weich und nekrotisch ist; mikroskopisch: Massen von Epithelzellen des Nebennierentypus und Zellen mit Fetttröpfchen und nekrotischen Stellen.

4. Ein Fall von totaler Spaltung der Glans penis, von LEON ROSENWALD-Kansas-City. Im allgemeinen gehören kongenitale Defekte an der Harnröhre nicht zu den großen Seltenheiten, doch glaubt der Verfasser den folgenden Fall als etwas ganz besonders Seltenes schildern zu müssen. Es handelt sich um eine kongenitale, totale Spaltung der Glans in zwei Hälften vom Sulcus coronarius bis zur Spitze, die vollkommen gleich sind — außer daß das Frenulum an der linken Seite sitzt —, so daß es wie eine künstlich gemachte präzise Durchtrennung aussieht. Beide Hälften sind auf der Innenfläche mit normaler Haut bekleidet, wenn die Hälften aneinander gelegt werden, so sieht der Penis wie normal aus, der Urin kommt in geradem Strome. Im übrigen ist der 17jährige Patient geistig wie körperlich normal entwickelt. Nach Analogie der Tracheoraphie wurde der blutleere Penis genäht und die beiden Hälften mit vollem Erfolge vereinigt. Verfasser hält diese Affektion für eine Entwicklungshemmung, er geht genauer auf das embryologische Interesse des Falles ein.

5. Bericht eines Falles von Dermatitis herpetiformis (DUHRING) kombiniert mit Arsenpigmentationen und Arsenkeratosen, von MOSES SCHOLTZ-Cincinnati. Mit der Überschrift ist der Inhalt der mit zwei Abbildungen versehenen Abhandlung fast erschöpft. Der Verfasser bespricht kurz die Differentialdiagnose der Dermatitis herpetiformis gegenüber dem bullösen Ekzem und der Skabies. Selten und für die Therapie fatal ist die Kombination mit Arsenmelanose und -keratose, die durch einen sechs Jahre langen fast dauernden Gebrauch von Solut. fowleri, der ganz in das Belieben des Patienten gestellt war, erklärt ist. Die sonst wirksamen tonischen Mittel, Strychnin und Chinin, versagten, und so wollte der Verfasser nach dem Beispiele deutscher Verfasser die Therapie mit physiologischer Kochsalzlösung (rektal, intravenös oder subkutan oder mit autogenem resp. heterogenem Blutserum versuchen.

6. Unstimmigkeiten bei der urologischen Auffassung der NEISSERschen Urethrorrhoe — der sogenannten Blennorrhoe. Kritischer Kommentar, von CHARLES C. MAYES-Louisville. Die Ausführungen des Verfassers darüber, daß die Namen „Gonorrhoe und Blennorrhoe" nicht zutreffend und unberechtigt sind, erscheinen zum Referieren nicht geeignet.

7. Über die Technik der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von PAUL ORLOWSKI-Berlin. Der Verfasser gibt seine Ausführungen über die Blennorrhoebehandlung mit vielfachem Vorbehalt, er meint, daß die mangelhaften Erfolge in der Therapie des Trippers nicht sowohl auf die mehr oder weniger intensive Einwirkung der Mittel zurückzuführen seien als auf unrichtige Technik des Arztes oder des Patienten. Die Frage, ob man in ganz akutem Stadium schon mit der lokalen Behandlung beginnen solle, wagt ORLOWSKI nicht zu entscheiden. Er glaubt überhaupt, daß man differenzieren müsse und nicht schematisch behandeln dürfe. Sowohl bei Injektions- wie bei Irrigationsbehandlung spielt die Wiederstandsfähigkeit des Sphinkters, die individuell sehr verschieden ist, eine große Rolle. Über die Kraft des Sphinkters hat man eine bessere Kontrolle, wenn man die Irrigationen mittels einer großen Handspritze macht, als bei Anwendung des Irrigators. Verfasser gibt dann einige Winke über die Technik bei lang ausgedehnten Irrigationen, die er für sehr vorteilhaft hält; besonders wichtig ist

Digitized by Google

die bequeme Lage des Patienten, damit möglichst alle Muskeln des Körpers inklusive des Sphinkters erschlaffen; er verbreitet sich über die Vorzüge des Stehens resp. Sitzens resp. Liegens des Patienten während der Prozedur. Zur Anregung der antitoxischen Kraft der Harnröhre empfiehlt er 1—2mal täglich heiße Sitzbäder (42—45° C) von einhalbstündiger Dauer. Um das Aszendieren der Gonokokken zu hindern, hält der Verfasser die Anwendung von Balsamizis nicht für vielversprechend; etwas mehr hält er von reichlicher Flüssigkeitszufuhr. In manchen Fällen hat er von der Vakzinetherapie gute Erfolge gesehen. O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Blennorrhoe, von R. Habermann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 8 und 9.) Die Erfahrungen, welche H. in der Klinik von E. Hoffmann bei Verabreichungen von 140 Injektionen an 81 Patienten teils in diagnostischer, teils in therapeutischer Absicht gesammelt hat, liefern eine nur sehr bedingte Bestätigung der von Bruck und Sommer mitgeteilten Beobachtungen. Verfasser stellt folgende Schlußfolgerungen aus seinen Darlegungen auf: Die intravenöse Injektionsmethode des Arthigons scheint keine wesentlichen diagnostischen oder therapeutischen Vorteile gegenüber der alten intramuskulären Anwendungsweise zu bieten. Die sogenannte Doppelzacke ist ein relativ seltenes und teilweise spezifisches, daher diagnostisch kaum verwertbares Symptom. Ein schon kurze Zeit nach der Injektion auftretendes, aber nur wenige Stunden anhaltendes, wenn auch mitunter hochgradiges Fieber tritt oft auch bei Normalen ein und ist demnach als unspezifisch zu bezeichnen. Für Blennorrhoe charakteristisch ist dagegen vielmehr die erhöhte Abendtemperatur nebst einer eventuellen Fortdauer des Fiebers bis zum nächsten Tage. Die starken Nebenwirkungen des Mittels, wie Herdreaktionen in Form von Propagationen und Rezidiven, sowie die häufig erheblichen Allgemeinreaktionen lassen besonders für therapeutische Zwecke eine Verminderung der bisher empfohlenen Dosen angezeigt erscheinen. Eine eigentlich günstige Wirkung der heftigeren Reaktionsvorgänge auf den Heilungsprozeß war bei dieser Serie nicht zu konstatieren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Blutbefunde nach intravenösen Arthigoninjektionen, von M. Brasch-Nürnberg. (M. m. W., 1914, Nr. 24.) Nach den Resultaten, welche Verfasser bei der Untersuchung des Blutes von zehn Fällen von blennorrhoischer Infektion mit arthritischen und sonstigen Komplikationen unter Behandlung mit Arthigon erhalten hat, sind folgende Thesen aufzustellen: Im Anschluß an den sich gewöhnlich nach der Arthigoneinspritzung einstellenden Schüttelfrost entsteht zunächst eine relative Leukopenie, alsdann aber eine mehr oder minder ausgesprochene Leukozytose. Diese Vermehrung der Leukozyten betrifft die polymorphkernigen, neutrophilen Elemente und erreicht nach durchschnittlich $4^1/_2$ Stunden ihren Höhepunkt. Die Zahl der Lymphozyten sinkt dabei um ein beträchtliches, und die übrigen Zellformen der weißen Blutkörperchen verschwinden fast ganz aus dem Blutbild. Im Verlauf von 24 Stunden nach der Injektion sind meist die normalen Leukozytenverhältnisse wiederhergestellt. A. Philippi-Salzschlirf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna und O. Gans. (B. kl. W., 1914, Nr. 10.) Dieser vierte Artikel über die Chemie der Zelle bespricht die Nissl-Körper, das in

Digitized by Google

den Ganglien vorkommende Granoplasma, welches in den Epithelien und Bindegewebszellen weit verbreitet ist. Nachdem sie die Geschichte der Chemie der Nisslkörper behandelt haben, bringen die Verfasser ihre Methode des Nachweises, daß die Nisslkörper lediglich aus Zytose bestehen. G. Heymann-Elbing.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) In dieser Nummer wird das Keratohyalin behandelt. Verfassers Untersuchungen führen zu dem Resultat, daß das Keratohyalin aus einer basischen und einer sauren Komponente besteht, daß aber genauer die erstere zu den oxyphilen, in 25%iger Salzsäure löslichen, in Hämatein + Alaun spezifisch färbbaren Substanzen, die letztere zu den Globulinen gehört. G. Heymann-Elbing.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1914, Nr. 15.) VI. Epithelfasern. Nach Abhandlung der Morphologie und der Geschichte unserer Kenntnisse vom Epithelfaserapparat befaßt sich dieser Artikel damit, die chemische Natur der sauren Komponente der Epithelfasern festzustellen. Feststeht, daß im Faserrot keine Heteroalbumose und kein genuines Eiweiß, also kein Albumin oder Globulin vorliegt. Ebenso sind alle weiter abgebauten Deuteroalbumosen ausgeschlossen. Es handelt sich also sicher um ein nur ganz schwach abgebautes Eiweiß und mit größter Wahrscheinlichkeit um eine Proalbumose. Diese würde also jenes saure Eiweiß sein, welches, indem es sich in der basischen Grundlage verschiedener Teile des Epithelfasersystems bildet, die Darstellung dieser Teile ermöglicht. G. Heymann-Elbing.

Von Zellen nervöser Art in der Epidermis des Menschen, vorläufige Mitteilung von Gösta Häggquist-Stockholm. (Anat. Anz., Bd. 47, 9/10.) Bei Untersuchungen über den Kältesinn bei Menschen gelang es H., die Empfindung in der Epidermis oder dem obersten Teil des Corpus papillare zu lokalisieren. Als er mit der von Kreibisch ausgearbeiteten Rongalitweißmethode danach fahndete, ob eine besondere Anordnung der Nerven wahrzunehmen wäre, fand er einige an der Grenze zwischen Korium und Epidermis liegende Zellen, die reichlich verästelt sind. Die Arbeit gibt sehr anschauliche Bilder dieser Zellen. Diese Zellen sind nicht für die Kältepunkte spezifisch; es erscheint aber dem Verfasser nicht unwahrscheinlich, daß es sich hier um Sinneszellen handelt. E. Brinitzer-Altona.

Das kutane und subkutane Bindegewebe in veränderter Funktion, von Ed. Rehn und Miyauchi. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 105, H. 1.) Verfasser haben an Hunden Transplantationsversuche mit dem straffen kutanen und dem lockeren subkutanen Bindegewebe gemacht. Bei einfacher Transplantation würde das lockere Bindegewebe und das Fettgewebe erhalten bleiben, das straffe dagegen müßte degenerieren und sich in Fettgewebe umwandeln. Wird dagegen auf das Transplantat ein neuer Gestellungsreiz ausgeübt, so verliert das subkutane Bindegewebe schon nach acht Tagen seine lockere Gestalt und wird zellreich, straff, parallelstreifig. Die Bindegewebszellen werden spindelig, vermehren sich außerordentlich, die vorhandenen Fibrillen werden längs gestreckt, richten sich parallel aus. In der fünften Woche etwa beginnt die Entwicklung der endgültigen Sehnenfibrillen, von der sechsten Woche ab wird der zellige Anteil in den Hintergrund gedrängt, und in der achten Woche ist die Umwandlung zur ruhenden Sehne größtenteils vollzogen. In früheren Untersuchungen war erwiesen worden, daß auch das Fettgewebe durch einen starken Gestaltungsreiz sich in Bindegewebe umwandeln kann. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß ein aus kutanem und subkutanem Bindegewebe bestehendes Transplantat durch Zug- und Druckwirkung zur Sehne und Faszie werden kann. Verfasser haben diese Bindegewebstransplantation auch praktisch erprobt und gefunden, daß sie stets ihre Aufgabe erfüllte und der Sehnen- und

Digitized by Google

Faszienautoplastik nicht nachstand. Das Anwendungsgebiet dieser Plastik liegt nach der Ansicht der Verfasser auf dem Gebiete der Sehnen- und Bänderplastik.

R. Frühwald-Leipzig.

Kinnhaare mit einer Talgdrüse im Inneren des Follikels: Mißbildung des einen und seiner Papille, von S. Giovannini. (Anat. Anz., Bd. 45, Nr. 23/24.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Siehe auch diese Zeitschrift, Bd. 55, S. 1235.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Verhornung des Nagels, von Leonardo Martinotti. (Internat. Mschr. f. Anatom. u. Physiol., Bd. 31, H. 7/9.) Die Verhornung des Nagels ist ein direktes Produkt des Eleidins, ohne Bildung von Keratin, wie in der Haut. Die Epidermis des Fingerrückens schlägt sich zum Eponychium um und zeigt im Niveau der Nagelmatrix eine starke Eleidinzellenbildung; dort beginnt die Nagelwurzel. Im Nagelbett ist die Bildung der Eleidinzellen weniger stark, aber überall deutlich. Die Zellen des Nagels selbst geben deutliche Eleidinreaktion. Keratohyalin findet sich im Nagelbette gar nicht oder in ganz geringer Quantität. Die Zellen, welche den Nagel bilden, bewahren den Kern, selbst wenn sie schon voll von Eleidin sind. Das Wachstum des Nagels erfolgt hauptsächlich von der Matrix aus; die Eleidinzellen des Nagelbettes haben vornehmlich den Zweck, die Dicke des Nagels zu erhalten. Die Nagelsubstanz ist reich an Fett.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage von der Entstehung und der Bedeutung der Geschlechtszellen, von M. Nussbaum. (Anat. Anz., 1914, Bd. 47, Nr. 17/18.) Unter Bezugnahme auf eine 1914 erschienene Abhandlung Witschis über die Keimdrüse von Rana temporaria weist Verfasser darauf hin, daß der Gedanke: die Keimzellen sind von ihrem frühesten Erscheinen an Gebilde spezifischer Natur, zuerst von ihm ausgesprochen sei und zwar bereits vor 30 Jahren, nicht aber von Goette, wie Witschi behauptet. Verfasser bringt dafür verschiedene Belege aus seinen Schriften und Abhandlungen.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage des Reservesauerstoffs in der lebendigen Substanz, von Max Verworn. (Livre jubilaire du Prof. Ch. Richet, 1912, S. 435.) Die in neuester Zeit *viel* umstrittene Frage nach der Existenz einer gewissen Menge von Reservesauerstoff *in* der lebendigen Zelle der aëroben Organismen scheint nach V. für Kaltblüter im bejahenden Sinne entschieden zu sein. V. prüfte die Veränderungen in den energetischen Leistungen eines aëroben Systems beim plötzlichen Übergang aus einem sauerstoffhaltigen in ein völlig sauerstofffreies Medium. Am Nerv lassen sich die energetischen Leistungen mit einem nach Kroneckerschen Einheiten geeichten Schlitteninduktorium quantativ genau feststellen. V. benutzte zu seinen Versuchen den Nerv eines Nervmuskelpräparates eines Frosches und fand dabei, daß die Erregbarkeit nach Verdrängung alles Sauerstoffs in der Regel noch $1^1/_2-2$ Stunden unverändert auf der ursprünglichen Höhe blieb. Dann erst erfolge die Abnahme in durchaus gleichmäßiger Weise und zeigte die Form einer logarithmischen Kurve. E. Brinitzer-Altona.

Histophysiologische Studien über die Temperatursinne der Haut des Menschen, von Gösta Häggqvist-Stockholm. (Anat. Anz., 1913, Bd. 45, H. 2—3.) Die in der Literatur vorhandene Differenz der Anschauungen über den Tastsinn und das Gemeingefühl, über die Bedeutung der Schmerz-, Druck-, Kälte- und Wärmepunkte der Haut führt der Verfasser darauf zurück, daß die Theorien über das Zustandekommen der einzelnen Empfindungen zwar größtenteils sehr geistreich, aber meist allzu hypothetisch, das heißt nicht genügend auf anatomischer Grundlage fußend aufgestellt seien. Derartige Fragen sind zum Beispiel: a) Wie weit die Entfernung zwischen zwei Kältepunkten sein kann, um noch getrennte Empfindungen auslösen zu lassen? b) Worauf

Digitized by Google

die lokale Kälte- (resp. Wärme-) Empfindung in der Magengegend beruht, wenn man in den leeren Magen größere Quantitäten kalten (resp. warmen) Wassers bringt; nach der Ansicht der einen durch die Fortpflanzung des Kälte- (resp. Wärme-) Reizes durch die Magenwand auf die Bauchhaut, was angesichts der zwischen der Magenschleimhaut und der Bauchhaut lagernden Gewebsmassen dem Verfasser und anderen Verfassern unwahrscheinlich erscheint; diese letzteren ihrerseits erklären diese Erscheinung entweder durch die Vermittlung von mehr zentral gelegenen Sinnesorganen oder dadurch, daß der Kälte- (resp. Wärme-) Reiz zu einer Erweiterung (resp. Verengerung) der tieferliegenden Bauchgefäße und damit zu einer Verengerung (resp. Erweiterung) der oberflächlichen Hautgefäße, d. h. zu einer geringeren (resp. größeren) Blutzufuhr zur Haut führt. c) Um ein drittes Beispiel zu zitieren: ob die Krauseschen Endkolben da, wo sie vorhanden sind, die Organe der Kälteempfindung sind. Der Verfasser hat nun sehr fleißig ausführliche histologische, anatomische und physiologische Forschungen angestellt und hat mittels einer eigenen Technik Kälte- und Wärmepunkte in der Haut bestimmt und die um diese Punkte gelegenen Kreise vorsichtig mit einem von ihm konstruierten Apparate exzidiert, gehärtet und Serienschnitte von 10 μ Dicke gemacht und mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt. (Was die Zahl der Kältepunkte anlangt, kam der Verfasser wie auch andere Verfasser auf ca. zehn pro qcm.) In den auf diese Weise hergestellten und sorgfältig untersuchten Präparaten hat der Verfasser keine speziellen Nerven-Endkörper entdecken können und folgert daraus, daß, welches die peripherischen Organe der beiden Temperatursinne auch sein mögen, sie doch nicht Nerven-Endkörper weder von Krauses noch von Ruffinis Typus sind. Dagegen hat der Verfasser, wie er in sehr instruktiven Präparaten dartut, in allen von ihm untersuchten Kältepunkten (15 Stück) einen glatten Muskel gefunden, der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht als ein Musculus arrector pili zu deuten ist, wenn es auch nicht durchweg mit Sicherheit in Abrede zu stellen ist; in einem Falle erschien der Muskel als ein nach dem Haarausfall zurückgebliebener Arrector pili. Diese Muskeln hat der Verfasser nur bei Hautstücken, welche Kältepunkte enthielten, gefunden, sonst aber niemals und auch nicht bei Hautstücken, die von der Vola manus herrühren. Diesen in der Haut liegenden glatten Muskeln schreibt der Verfasser in einer sehr geistreichen Deduktion die Auslösung der Kälteempfindung zu, und zwar denkt er sich das in folgender Weise: „Vielleicht geschieht das durch eine direkte Kältereizung. Wahrscheinlicher finde ich aber die Annahme, daß hier von einem Reflex die Frage sein mag. Wenn ein kalter Gegenstand auf die Hautoberfläche plaziert wird, tritt das darunter liegende, reichlich entwickelte Nervnetzwerk in Funktion und dann die Nerven, welche im Anschluß an das regionäre Hautgebiet liegen, dessen Gefäße von einem solchen Muskel reguliert werden. Durch diese Nerven wird ein Reflex im Rückenmark ausgelöst, der durch die motorischen Nervenbahnen via Sympathikus zum Muskel weitergeführt wird. Dieser letztere zieht sich zusammen und verhindert, wie oben gesagt ist, die regionäre Blutzufuhr zu der Haut. Das ist sehr zweckmäßig für die Wärmeökonomie des Körpers; denn, falls die Verbrennung in der Haut geringer wird, so wird auch die Wärmeproduktion in dieser geringer, und die Ausstrahlung nimmt ab. Aber nicht nur der Wärmeverlust der Haut, sondern auch der des Blutes wird bedeutend geringer. Diese Abkühlung des Hautgewebes wird von den in ihm liegenden sensibeln Nerven-Endzweigen empfunden und erreicht zuletzt unser Bewußtsein.“ Mit dieser Muskeltheorie lassen sich auch die sogenannten paradoxen und remanenten Kälteempfindungen erklären. Was die Wärmepunkte betrifft, so kann der Verfasser bisher nur sagen, daß sie oft in der Nähe von Schweißdrüsen aufzutreten scheinen; ob aber zwischen Wärmepunkten und stärker entwickelten Schweißdrüsen ein Zusammenhang besteht, wie ihn der Verfasser zwischen

Digitized by Google

den Kältepunkten und den glatten Muskeln annimmt, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. O. Lasch-Breslau.

Histophysiologische Studien über den Temperatursinn in der Haut des Menschen, von G. Häggqvist. (Hygiea, 1914, Bd. 76, Nr. 6.) Den Umstand, daß man, trotzdem nur einzelne Hautsinnespunkte gereizt werden, eine Empfindung hat, als wäre die ganze Hautoberfläche gereizt, kann man durch die Zusammenwirkung folgender drei Faktoren erklären: 1. die fehlende Genauigkeit der Lokalisation von Reizungen, die unsere Haut treffen; 2. die Schwäche der Reizungen, und 3. den Umstand, daß gewöhnlich mehrere Arten von Sinnespunkten gleichzeitig gereizt werden. Man muß annehmen, daß es in der Wand des Magens kälteperzipierende Organe gibt. Die Kältepunkte werden in die Tiefe der Haut von glatten Muskeln gefolgt. Diese Muskeln haben wahrscheinlich eine Funktion bei der Wärmeregulierung unseres Körpers zu erfüllen.

W. Holland-Christiania.

Über den Einfluß des Nervensystems auf den Pigmentgehalt der Haut, von Fritz Nehl-Augsburg. (Zschr. f. kl. M., 1914, Bd. 81, H. 1 und 2.) Der Verfasser kommt zu folgendem Ergebnis: Bei niederstehenden Tieren, wie bei Fischen und Amphibien, wird die Pigmentierung der Haut zweifellos durch nervöse Momente beeinflußt. Das plötzliche Ergrauen der Haupthaare scheint nicht als Pigmentschwund aufzufassen zu sein, sondern auf dem Auftreten zahlloser Luftbläschen im Haare zu beruhen. Manche Beobachtungen sprechen dafür, daß es auch beim Menschen unter nervösen Einflüssen zu Pigmentverschiebungen kommen kann. Die segmentären Pigmentnävi beruhen nicht auf nervösen Einflüssen; vielmehr sind die Pigmentanomalien, wie der angeborene Albinismus, mit Entwicklungsstörungen der Kutisplatten der Urwirbel zu erklären. Die Frage, ob die Pigmentierung beim Morbus Addisonii im Zusammenhang mit dem Nervensystem steht, ist noch nicht gelöst. Zweifellos hat aber die Nebenniere, die vom vegetativen Nervensystem aus innerviert wird, eine Einwirkung auf die Pigmentbildung der Haut, und so übt dieses Nervensystem mindestens indirekt einen Einfluß auf die Pigmentbildung aus. Die Pigmentierungen bei Sklerodermie und bei der einseitigen Gesichtsatrophie legen die Vermutung nahe, daß der Reizzustand oder Ausfallserscheinungen der sympathischen Fasern den Pigmentverschiebungen zugrunde liegen. Jedenfalls bestehen hierbei keine Störungen der sensibeln oder der motorischen Nerven. Daß eine Unterbrechung der sympathischen Fasern zum Pigmentschwunde führen kann, geht aus den Beobachtungen von halbseitigem Ergrauen nach Halssympathikusläsionen und von Heterochromie (Pigmentschwund) der Iris nach Resektion des obersten Ganglions des Halssympathikus mit Sicherheit hervor. So scheint es doch wohl möglich, daß langdauernde schwere Sorgen und quälende Angstzustände auf dem Wege über das vegetative Nervensystem zum Schwinden des Haarpigments, also zum vorzeitigen Ergrauen führen können. W. Chrzelitzer-Posen.

Mikroskopische Technik.

Die Herkunft der Plasmazellen, von P. G. Unna-Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 214, H. 3.) Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen (besondere Methodik angegeben) stellt Verfasser fest, daß die Plasmazellen endogen in Spindelzellen entstehen. Die Muttersubstanz ist das Spongioplasma. Die Plasmazellen liegen vielfach mit den Spindelzellen noch im Zusammenhang, und Unna hat für diese Zusammenhangsfiguren besondere Namen wie Frucht am Stiel, Frucht in der Schale, Frucht in der Schote usw. Besonders schön treten diese Figuren in dem an Spongioplasma reichen Gewebe von Aktinomykose des Rindes auf, aber auch bei Syphilis, Tuberkulose usw. Die lymphozytäre Genese der Plasmazellen schließt er völlig aus. B. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Untersuchungen über den feineren Bau der menschlichen Epidermis in Beziehung zu ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung, von LEONARDO MARTINOTTI. (Anat. Anz., 1914, Nr. 13—14.) **Malpighische Schicht und Produktion der Epidermisfibrillen.** (Arch. f. Zellforsch., Bd. 12, H. 4.) Verfasser führt seine bereits früher berichteten histologischen Untersuchungen weiter aus. Die Arbeiten müssen von Interessenten im Originale nachgelesen werden. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Durchbruch von Pseudoxanthomzellen durch Zylinderepithelschichten, von E. KROMPECHER-Budapest. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) In einem Falle von Zystadenom des Ovariums konnte K. beobachten, daß bei einem Durchbruch der subepithelial gelagerten Pseudoxanthomzellen bindegewebiger Abkunft, d. h. feinschaumiger, meist mit lipoiden Substanzen beladener und demnach xanthomähnlicher Zellen, zunächst das Zylinderepithel an der Durchbruchsstelle stark abgeplattet, blumenbeetartig vorgewölbt wird und infolge der starken Spannung einreißt, worauf sich die Pseudoxanthomzellen in das Lumen ergießen. Das an anderen Stellen den Zellen direkt aufsitzende Zylinderepithel wird nicht abgeplattet, hypertrophisiert stellenweise stark und kann sich sogar zu Flimmerepithel umwandeln. O. Gans-Freiburg i. Br.

Bakteriologie.

Über die kulturelle Entwicklung der Hautpilze, von L. CALZABOU. (Ann. Inst. Pasteur, 1914, Nr. 1.) Bis jetzt beruht die Einteilung der Hautpilze im wesentlichen auf dem Aussehen ihrer Kulturen. Diese haben die Tendenz, sich als weißer, flaumiger Überzug darzustellen. Da dieser bei manchen aber erst nach einem andersartigen ersten Kulturstadium auftritt, wurde er als sogenannte pleomorphe Form, als Degenerationszeichen aufgefaßt, namentlich auch weil sich einmal daraus nie wieder die erste Form kultivieren läßt und zweitens die zur Unterscheidung der Pilze benutzten, sogenannten differenzierten Organe wie Sporen, kammförmige Gebilde, Spindeln, Spiralen und Myzelknäuel fehlen. Die erstere Erscheinung kann aber auch anders, als durch Degeneration bedingt, erklärt werden und die Bedeutung der erwähnten Organe ist, mit Ausnahme der Spindeln, noch unsicher. Die pleomorphe Form kann daher auch einfach der Ausdruck für ungünstige zeitliche und räumliche Bedingungen für die Entwicklung sein. Diese lassen sich günstiger gestalten, wenn man in einen hohlgeschliffenen Objekträger einen Tropfen SABOURAUDscher Bouillon glucosé bringt, den Pilz darauf impft, mit einem Deckglas die Kammer schließt und die Entwicklung so beobachtet. Auf diese Weise ließ sich bei Achorion Verisei folgendes feststellen: Aus den eingebrachten Spindeln einer primären Kultur entwickelten sich Lufthyphen, aus denen sogleich neue Spindeln sproßten. Daneben entwickelte sich auf dem Nährboden, ebenfalls aus den Spindeln, ein Myzelium, das sich allmählich zwischen die Lufthyphen emporschob und so die pleomorphe Form erzeugte. Dasselbe Resultat erhielt man bei Verimpfung einer pleomorphen Kultur. Nach einem Monat differenzierten sich kettenartige kugelige Gebilde. Ihre Bedeutung ist nicht klar, doch glaubt Verfasser auf diesem Wege der Systematik der Pilze näher zu kommen. W. Lutz-Basel.

Die parasitären Pilze des Menschen, von E. BODIN. (Nouveau traité de Pathol. génér., Bd. 2.) Der auf dem Gebiete der Mykologie rühmlichst bekannte Verfasser gibt in dieser Schrift eine kurze Zusammenfassung des Wissenswerten über die Pilze beim Menschen. Er bespricht zuerst ihre Anatomie und Biologie, ihre Ansprüche an Nährböden, ihr Verhalten gegen äußere Einflüsse. Übergehend auf ihr parasitäres Leben erörtert er den Infektionsmodus, die Virulenz der Pilze, die pathologische Histologie der durch Pilze veranlaßten Läsionen, die serologischen Veränderungen und damit im Zusammenhange Vakzination und Serotherapie und schließlich die Behandlung. Im dritten

Digitized by Google

Kapitel bespricht Verfasser die bisher bekannten Pilze beim Menschen und im letzten Abschnitt die Methoden und Technik des mykologischen Studiums (Kultur, Serologie, Experiment). Auf das speziell Dermatologische ist nur kurz hingewiesen.

R. Frühwald-Leipzig.

Der Nachweis von Spirochaeta pallida durch Verwendung von chinesischer Tusche, von W. A. Walters-Billings. (J. Am. m. Assoc., 1914, Nr. 7.) Verfasser hat gefunden, daß sämtliche käufliche Lösungen von chinesischer Tusche, die er zu untersuchen Gelegenheit hatte, zahllose Bakterien, sogar spirillenförmige enthielten. Er verwendet daher seitdem nur trockene Tusche in Substanz und stellt sich die nötige Lösung jedesmal frisch mit einigen Tropfen sterilen Wassers her. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida in diffusem Licht bei Zimmertemperatur, von Hans Zinsser und J. Gardner Hopkins-New York. (J. Am. m. Assoc., 6. Juni 1914.) Die von den Verfassern angestellten Versuche zeigen, daß die Spirochaeta pallida in feuchtem Medium bei diffusem Licht und bei Zimmertemperatur $11^1/_2$ Stunden lebensfähig bleibt. Wird sie trocken gehalten, so geht sie eher, schon nach einer Stunde, zugrunde. Die Ergebnisse dieser Laboratoriumsversuche können natürlich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse des täglichen Lebens übertragen werden; sie können jedoch immerhin Richtpunkte zur Vermeidung von Infektionen abgeben. H. Fendt-Wiesbaden.

Neue Methode zur Färbung der Syphilisspirochäte, von P. del Rio y Hortega. (Rev. clin. Madrid, 30. Juli 1914.) Verfasser empfiehlt folgendes Verfahren: zehn Minuten in absolutem Alkohol; Bedeckung des Abstriches mit einem Tropfen gesättigter Tanninlösung und Erhitzen bis zur Dampfbildung. Beseitigung des Tannins und zwei- bis dreimalige Aufträufelung einer ammoniakalischen Silberlösung. Eine Minute in 20%iger Formollösung. Waschen im fließenden Wasser. Absoluter Alkohol. Kanadabalsam. Die Spirochäten erscheinen dann tiefschwarz auf rötlichem Grunde. Der Abstrich muß mit einem Deckglas bedeckt werden, da er sonst durch das Zedernöl entfärbt wird. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Stellung der Spirochäten im System, von Merowsky-Köln a. Rh. (M. m. W., 1914, Nr. 11.) Als Resultat seiner eingehenden, an der Hand von zahlreichen Abbildungen in ihren Hauptmomenten wiedergegebenen Untersuchungen kommt M. zu dem Schluß, daß alle Versuche, an der Spirochäte eine den Trypanosomen analoge Struktur aufzufinden, gescheitert sind, daß dagegen der Nachweis echter Verzweigungen an Kultur- und Gewebsspirochäten mit Sicherheit auf ihre pflanzliche Natur hinweist. Diese Verzweigungen sind nach M.s Darlegung derartig, daß die Möglichkeit, es könne sich um zufällige Anlagerungen handeln, vollständig ausgeschlossen erscheint. Auch die Einwendung, daß es sich um sog. plasmolytische Erscheinungen oder auch um degenerative Vorgänge handle, weist Verfasser mit verschiedenen Gründen zurück. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Isolierung der Spirochaeta pallida aus dem Blute Syphiliskranker, von Harry F. Hartwell-Boston. (J. Am. m. Assoc., 11. Juli 1914.) Hartwell injizierte in 24 Fällen defibriniertes Blut von Syphiliskranken in Kaninchenhoden; in zehn Fällen erhielt er ein positives Resultat: knotige Veränderungen traten auf und Spirochaetae pallidae wurden nachgewiesen. Von sieben Fällen mit primärer Syphilis gaben drei, von 17 Sekundärfällen gaben sieben ein positives Resultat. Hiermit ist bewiesen, daß die Syphilis eine chronische Septikämie ist, und daß das Blut schon infiziert ist, bevor Hauterscheinungen auftreten. H. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die Kultur der Spirochaeta pallida, von Sowade-Halle a. S. (M. Kl., 1914, Nr. 4.) Sowade gibt, ausgehend von den ersten erfolgreichen Züchtungsversuchen der Spirochaeta pallida durch Schereschewsky, einen historischen Überblick über die bisher gewonnenen Resultate. Die Aufzählung und Beschreibung der einzelnen Methoden ist eine zu detaillierte, um dieselben im Rahmen eines Referates unterbringen zu können. Es wird jeder, der sich mit diesem immer noch mühevollen Studium befaßt, genötigt sein, die Originalarbeiten nachzulesen. O. Lasch-Breslau.

Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von A. Kissmeyer. (Hospitalstielende, 1914, Nr. 41.) Verfasser hat sechs Originalkulturen von Primärgeschwüren und hypertrophischen Papeln angelegt; in den fünf ersten Fällen nur auf Aszitesagar, im letzten Fall auch auf halbstarrem Pferdeserum, jedesmal 10—15 Kulturen. Bei weiterer Züchtung zeigte es sich, daß Spirochäten in Gemengekulturen von Schereschewsky-Substrat weit besser auf Aszitesagar weiterwuchsen, als die in diesem Substrat vom Anfang ab ausgesäten. In diesem Fall, in welchem es gelang, einen Stamm von Spirochaeta pallida in fünf Generationen reinzuzüchten, fanden sich im Schereschewsky-Substrat ca. eine Woche nach der Aussaat in allen Gläsern reichliche Mengen von Spirochäten. Die typischen Spirochätenkolonien zeigten sich drei bis sechs Tage nach der Aussaat und durchwuchsen das Substrat in ca. zehn Tagen, indem sie nach aufwärts mit einer scharfen Grenze ca. 2 cm unter der Oberfläche enden und gleichfalls ein paar Zentimeter oberhalb des Bodens des Glases. Dieser Stamm ist später in mehreren Generationen weitergezüchtet worden. Er wächst ebenso, aber etwas langsamer und spärlicher, auf dem Hoffmannschen Pferdeserumagar; in späteren Generationen dagegen vorzüglich auf Aszitesagar ohne Gewebsstückchen. Sie wachsen nicht auf gewöhnlichem Agar. Die Züchtung auf fließendem Substrat ist in der letzten Zeit in Aszitesbouillon gelungen (gleiche Teile Aszites und Kalbsbouillon). Die Reinkulturen sind geruchlos; im Dunkelfeld sieht man die Spirochäten in Agarmassen dicht zusammengefilzt von unregelmäßiger Form; aus den Agarmassen ausgepreßt, gewinnen sie die typische Spirochaeta pallida-Form wieder, und es gibt Exemplare sowohl mit sehr wenigen wie mit sehr vielen Windungen (bis 60). In Giemsa-Präparaten färben sie sich mehr bläulich als die Gewebsspirochäten. Eine Überimpfung auf Tiere (Affen, Kaninchen) ist nicht gelungen. W. Holland-Christiania.

Hauptcharaktere des Streptobacillus pellagrae als Anleitung zu seiner Identifizierung, von Guido Tizzoni-Bologna und Giovanni de Angelis. (Zbl. f. Bakt., Juni 1914, Bd. 74, H. 3/4.) Der Streptobacillus pellagrae unterscheidet sich in seiner Streptokokkenform von dem gemeinen Streptokokkus des Menschen dadurch, daß er durch die Carnot-Garnierschen Röhren hindurchgeht, was nie bei dem Streptokokkus des Menschen und des Pferdes der Fall ist; daß er in einigen Entwicklungsphasen und unter noch zu bestimmenden Bedingungen entschieden bazilläre Formen darbietet, die weder auf Degeneration, noch auf Involution beruhen; daß die untere Temperaturgrenze für sein Wachstum höher liegt als bei dem gemeinen Streptokokkus; daß er sich mit der Gramschen Methode nicht färbt; daß er streng hämophil ist; daß er die Milch rascher gerinnen macht, dort die Kolonien des Streptobazillus der Pellagra in Agar und Gelatine verschieden von denen des Streptobazillus des Menschen sind; endlich dadurch, daß die Kulturen des Streptobacillus pellagrae einige Male tiefgehende Modifikationen erleiden, indem sie aus der Streptokokkenform in die Staphylokokkenform übergehen. Der Typus B zeigt ein dem Staphylokokkus sehr ähnliches Aussehen und unterscheidet sich vom oben beschriebenen Typus A durch folgende Charaktere: konstante Staphylokokkenform ohne etwaige Anwesenheit von bazillären Figuren, schnelle, abundante Entwicklung der Kulturen in Gelatine auch bei 22° C., behält die Farbe mit der Gramschen Methode, nicht

Digitized by Google

streng hämophiler Charakter, mäßiggradige Hämolyse mit leichter Verfärbung des Hämoglobins, amphotere Reaktion der Bouillonkulturen mit starker Reduktion der Alkaleszenz des Mediums, Koagulation der Milch, zuweilen unvollständig und spät einsetzend, so daß ein bald kompaktes, bald gelatinöses, bald flockiges Gerinnsel mit sukzessivem Absetzen und Trennung von der Molke entsteht; mäßige Entwicklung auf Kartoffeln in Form eines dünnen, trockenen, glänzenden Schleiers von weißer oder gelblicher Farbe, der zuweilen fein getüpfelt und wie staubförmig aussieht; reichliche Entwicklung auf Agar mit Bildung eines großen, glänzenden Belages, der sekundär dicker wird, in der Mehrzahl der Fälle Verflüssigung der Gelatine; Beständigung der mikroskopischen und kulturellen Form. Es handelt sich hier nicht um einen Übergang von der Gattung Streptokokkus zu der Gattung Mikrokokkus, sondern um eine einfache Umwandlung einer Kultur vom Typus A, wodurch diese durch die verschiedene Weise der Gruppierung der Keime nur nach der mikroskopischen Seite hin das Aussehen des Staphylokokkus annimmt, während die Grundcharaktere des Ausgangsstreptokokkus unverändert bleiben und nur die Eigenschaft erwerben, Gram zu behalten und die Gelatine zu verflüssigen, indem sie sich dann dem Staphylococcus fluidicans nähern. W. Chrzelitzer-Posen.

Untersuchungen über den Smegmabazillus, von G. E. Brereton und K. W. Smith-Madison. (Am. J. m. sc., Aug. 1914.) Aus einer Untersuchung von 127 Insassen der Staatsirrenanstalt und von 20 weiteren gesunden Männern entnehmen Verfasser, daß der Smegmabazillus sich bei etwa 65% aller Männer vorfindet. Die beste Färbungsmethode ist ihrer Erfahrung nach die mit Karbolfuchsin und nachfolgender Entfärbung mit H_2SO_4 ohne weitere Gegenfärbung. Ihre mit verschiedenen Medien ausgeführten Kulturversuche bei 42 Fällen ergaben keine definitiven Resultate. Die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbazillen bei 33 Fällen ergab, daß die Gefahr der Verunreinigung des Urins durch Smegmabazillen wirksam vermieden werden kann durch gründliche Reinigung der Genitalia und Verwendung des Katheters zur Entnahme der zu untersuchenden Proben. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Trichophytonart mit faviformer Kultur, von J. Brault und A. Viguier. (Semaine méd., 1914, Nr. 29 und Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 25.) Verfasser sahen bei zwei algerischen Kindern typisches Kerion, das durch eine bisher unbekannte Form des Trichophyton bedingt war. Die Kultur sah der des Favus ähnlich. Wegen des üppigen Wachstums schlagen die Verfasser den Namen Trichophyton luxurians vor. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium der afrikanischen Pilzerkrankungen, Trichophyton sudanense, von Charles Joyeux. (Arch. de Parasitol., 1914, Bd. 16, H. 3.) Beschreibung eines im Hochlande des Sudans vorkommenden Pilzes, Trichophyton sudanense, einer neuen, morphologisch dem Trichophyton crateriforme sehr ähnlichen Varietät der Endothrixgruppe. W. Lutz-Basel.

Produktion von Antikörpern bei Versuchstieren durch Rhinosklerombazillen, von Rodolfo Stanziale. (Riforma med., 1914, Nr. 12.) Verfasser hat von einem Patienten mit typischem Rhinosklerom reichlichst Frischsche Bazillen kultivieren können. Die mit Kaninchen angestellten Versuche ergaben, daß die Bazillen für die Tiere hochvirulent sein und den Tod durch Septikämie bedingen können. Wenn man Kaninchen Bazillen in steigender Menge injiziert, so erlangen jene Immunität; doch gelang es nicht, spezifische Antikörper im Blutserum nachzuweisen. R. Frühwald-Leipzig.

Widerstandsfähigkeit des Gonokokkus gegen Temperaturen von 45° und 50°. Direkte Wirkung der Diathermieströme, von Carlos Santos jun. (Arquivos

Digitized by Google

do instit. bact. Camera Pestana, Bd. 4. H. 2.) Verfasser hat Kapillarröhrchen mit frischem Trippereiter im Wasserbade durch verschieden lange Zeit verschiedenen Temperaturen ausgesetzt und dann durch die Kultur die Lebensfähigkeit der Gonokokken untersucht. Es zeigte sich dann, daß diese durch Temperaturen von 44,5—45° in 45 Minuten, von 49,5—50° in 5 Minuten längstens abgetötet wurden. Dann hat Verfasser durch eine Versuchsanordnung den normalen möglichst ähnliche Verhältnisse geschaffen. Eine Elektrode wurde in einem Gelatinenährboden versenkt, Trippereiter in ihre unmittelbare Nähe gebracht. Dann wurden Hochfrequenzströme durch den Nährboden geschickt, die die Gonokokken direkt treffen mußten, und schließlich wieder mit dem Kulturverfahren nachgeprüft. Es zeigte sich, daß die Gonokokken in denselben Zeiten und bei denselben Temperaturen wie im Wasserbade abgetötet wurden. Es geht daraus hervor, daß die Wirkung der Hochfrequenzströme lediglich Wärmewirkung ist. Verfasser bespricht dann die Verwertbarkeit der Diathermie für die Tripperbehandlung; er ist der Ansicht, daß die bisherigen Mißerfolge durch zu kurze Sitzungsdauer bedingt sind. Je empfindlicher eine Harnröhre gegen Hitze ist, desto länger muß die Sitzung dauern. Verfasser wendet Temperaturen von 45—47° an und bemißt die Dauer der Sitzung auf meistens eine Stunde; auf diese Weise hat er gute Erfolge erzielt.

R. Frühwald-Leipzig.

Ein Verfahren zur Umgehung der Schwierigkeiten der Verpflanzung bei Gonokokkenkulturen, von A. P. Ohlmacher-Detroit. (J. Am. m. Assoc., 13. Febr. 1915). Verfasser verfährt folgendermaßen: Nachdem auf Aszitesagar eine oder einige Subkulturen erzielt worden sind, wird als Nährmedium die Löfflersche Blutserummischung mit Bouillon, vorschriftsmäßig neutralisiert, genommen. Man impft aber nicht auf den festen Nährboden, sondern in das Kondensationswasser. Sollte kein Kondensationswasser gerade vorhanden sein, so ersetzt man es durch Bouillon, wie solche sonst im Gebrauch ist. Nach etwa 48 Stunden sieht man bei den mit Gummikappen gut verschlossenen Röhrchen einen glänzenden Streifen auf der Flüssigkeit, welcher im Laufe von etwa 8—14 Tagen sich auch über den festen Teil des Nährmediums auswächst.

A. Philippi-Salzschlirf.

Hygiene.

Vorschläge, betreffend die Bekämpfung der venerischen und einiger parasitärer Hautkrankheiten im Heere, von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1914, S. 1640.) Die Vorschläge beziehen sich einmal auf die Friedenszeit: Belehrungen, Einrichtung von Krankenabteilungen, sorgfältige Auswahl der ambulanten und klinischen Fälle. Im Kriege ist gleichfalls die Belehrung wichtig, weiterhin die Verstopfung der Infektionsquellen, Überwachung der Prostituierten, Verhinderung des Besuches von Wirtschaften usw. Der Abtransport der venerisch Infizierten hat von den gleichen Gesichtspunkten wie bei Verwundeten überhaupt zu erfolgen, indem man zwischen Leicht- und Schwerkranken unterscheidet. Spitalsbedürftig sind Fälle von blennorrhoischer Epididymitis, Zystitis, Prostatitis, Arthritis, Bubonen, frische Lues und schwere Rezidive, während Ulcera mollia, leichtere Lues recidiva usw. in ein Feldmarodenhaus oder Reservespital gebracht werden.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. August 1915 | Nr. 34 | Band 61

Aus der Nervenstation des Reservelazaretts Allg. Krankenhaus Hamburg-Barmbeck
(Leiter: Dr. E. Trömner.)

Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Von

A. V. Knack.

(Mit 2 Abbildungen.)

Die Alopezie auf traumatischer Grundlage hat im letzten Jahrzehnt eine reiche Kasuistik gefunden. Schwere und leichte Traumen, die den Schädel treffen, mit und ohne Bewußtlosigkeit einhergehend, können vorübergehenden oder dauernden Haarausfall auslösen. Die Alopezie kann herdförmig auf die Stelle des Traumas oder die engere Umgebung einer eventuellen Narbe begrenzt sein, sie kann aber auch in größerer Ausdehnung die Kopfhaut befallen, ja zu totaler Kahlheit führen. Bayet, Chajes, Martino, Palm, Sprecher, Wechselmann u. a. haben einschlägige Fälle veröffentlicht.

Aber auch Traumen, die nicht den Schädel selbst treffen, können zur Alopezie führen. Fouquet sah Alopezie auftreten nach Oberarmfraktur, Frank nach Brustquetschung mit Rippen- und Sternalfraktur, wir selbst beobachteten jüngst einen Fall von schwerer Oberschenkelschußverletzung mit nachfolgender Alopecia areata am Hinterhaupt. Auch operative Eingriffe wie Halsoperationen können nach Pontoppidan und Bender zu Haarausfall führen.

Der Haarausfall an der Einwirkungsstelle des Traumas selbst oder in der Umgebung der Narbe ist leicht zu erklären durch direkte mechanische Schädigung der Kopfschwarte und der in ihr liegenden Haarbälge.

Schwieriger, ja unmöglich ist es, eine Erklärung für die übrigen traumatischen Alopezien zu finden, und hier ist man über theoretische Erwägungen noch nicht hinausgekommen, da auch die histologische Untersuchung exzidierter Hautstückchen aus erkrankten Kopfregionen zwar die Folgezustände in Form der Papillenatrophie und anderes mehr zeigt, aber keineswegs einen Hinweis auf die Ursache der Erkrankung gibt.

Wechselmann meint:

„Wenn man sich vergegenwärtigt, ein wie feiner Saftstrom das Leben des Haares besorgt, wie nur wenige mit voller Lebensenergie erfüllte Zellen das Haar mit dem Körper verknüpfen, so begreift man leicht, daß auch vorübergehende vasomotorische

Digitized by Google

Störungen genügen, um das Gleichgewicht dieser den Stoffwechsel des Haares auf das feinste balanzierenden Kräfte zu stören und einen vorübergehenden oder dauernden Haarausfall zu bewirken. Das Haar ist ja überhaupt ungemein empfindlich gegen Anämie; so sieht man häufig bei Frauen Haarausfall sich anschließen an einen einmaligen stärkeren Blutverlust bei Menorrhagie, Abort, Partus. Ebenso deletär können vasomotorische Störungen, welche mit Verengerung der Kopfgefäße einhergehen, wirken. Es ist ja schon durch Claude Bernard bekannt, wie Reizungen der vasomotorischen Nerven Verengerung des Lumens der kleinen Arterien bis zum völligen Verschwinden desselben hervorrufen, und Heidenhain gibt ähnliche Wirkungen bei starken sensibeln Reizen an. Goldscheider hat genauer ausgeführt, wie ein sensibler Reizzustand Reizung der Vasomotoren und sogar Ernährungsstörungen der kontraktilen Gefäßwandelemente bewirkt. Eine derartige Unterbrechung der Zirkulation genügt aber unter Umständen, um die Ernährung des Haares so stark zu schädigen, daß es ausfällt, zumal wenn es sich um Individuen mit besonders reizbarem vasomotorischen Nervensystem handelt. Bei diesen besonders werden im Sinne Goldscheiders Störungen in dem regulatorischen Zirkel zwischen den normalen Reizen und den Vasomotoren deutlich hervortreten."

Ob solche vorübergehenden Vasomotorenkrämpfe sogar zu schleichender Arteriosklerose der Kopfhautgefäße führen können, ist eine noch wenig begründete Vermutung.

„Die Arteriosklerose spielt bei Alopezien," schreibt Wechselmann, „wie schon aus dem Auftreten der Kahlheit im Alter hervorgeht, eine weitaus größere Rolle als allgemein angenommen wird. Geringe, aber dauernde Insulte des gesamten Nervenlebens, hastiges ruheloses Treiben, dauernde Gemütserregungen, welche die Entstehung der Arteriosklerose begünstigen, haben auch eine unverkennbare Bedeutung für Alopezien der verschiedensten Art. Die typische Form der männlichen Glatze, das fast ausnahmslose Verschontbleiben der Haare an der Seite und der hinteren Region des Schädels können unmöglich durch parasitäre Schädigungen, sondern nur durch Differenzen in der Blutversorgung erklärt werden.

Die Arteriosklerose kann nun aber eine sehr verschiedene Ausbreitung und Stärke aufweisen, so kann sie z. B. nur die vom Trauma betroffenen Gefäße befallen. Mendel berichtet in der Diskussion zu dem Leersschen Vortrag von einem Mann, der auf die linke Kopfseite fiel und nach dem Unfall dauernd über linksseitige Kopfschmerzen klagte. Bei der Untersuchung konnte Mendel dann feststellen, daß die linke Temporalarterie deutlich hart und geschlängelt war, während sich rechts dergleichen nicht fand; er hat dérartiges in zahlreichen Fällen beobachtet."

Leider kann ich durch die nun zu beschreibenden Fälle das Dunkel der Ätiologie der traumatischen Alopezie nicht lichten, im Gegenteil die Eigentümlichkeit dieser Fälle stellt uns vor neue schwierige Fragen.

Ich lasse kurz die Krankengeschichten mit einigen illustrierenden Bildern folgen.

Fall 1. P. L., Musketier, 23 Jahre, im Zivilberuf Geiger, Journ.-Nr. 1914/1322.

Am 11. XI. 1914 Gewehrschuß in die rechte Schläfengegend, fünf Minuten bewußtlos. Zunächst im Feldlazarett (Westen), aufgenommen in unserem Spitale am 29. XI., klagt über neuralgisches Reißen in der rechten oberen Gesichtshälfte.

Status: Großer, kräftig gebauter Patient in gutem Allgemeinzustande. Augen o. B. Gesichtsinnervation o. B. Am äußeren Rande der rechten Augenhöhle zwei Quer-

Digitized by Google

fingerbreit vor dem Tragus kleiner, vernarbter Einschuß. Etwas davor geringe Schwellung und Druckempfindlichkeit. Der Knochen darunter scheint etwas angeschlagen zu sein. Das Jochbein ist nicht wesentlich druckempfindlich. Sensibilität der rechten Gesichtshälfte intakt.

1. XII. Röntgenaufnahme (Oberarzt Dr. HAENISCH): Deformiertes Infanteriegeschoß frontal mit vorderer Spitze gegen das rechte Stirnbein, und zwar dicht vor der Naht mit dem Schläfenbein dorsalwärts vom Processus front. oss. zygomat. Es liegt außerhalb der Schädelkapsel, hat diese offenbar nicht verletzt. Röntgenaufnahme der linken Schädelseite ohne Ergebnis.

3. XII. In Lokalanästhesie wird das Geschoß entfernt, es liegt in einem kleinen Abszeß.

28. XII. Klagt über Kopfschmerzen in der rechten Schläfengegend, die fast ständig vorhanden sein sollen. Will auf der rechten Seite nicht schlafen können. Seit einigen Tagen bemerkt Patient, daß ihm die Haare in der linken Scheitelbeingegend ausfallen. Druckschmerzhaftigkeit der Gegend der Schußverletzung. Diffuse Lichtung der Haare in etwa handflächengroßer Ausdehnung in der linken Parietalgegend. Ganz geringe Hyperästhesie für Schmerz und Kälte auf dem Tuber oss. pariet. sin. Augen o. B. Sonst somatisch Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe, geringe Dermographie.

6. I. Noch viel Kopfschmerzen. Haarausfall schreitet fort. Man bemerkt am Tuber parietale der linken Seite eine fast ganz kahle handtellergroße Partie, die umgeben ist von einer breiten Zone mehr kleinfleckiger Haardefekte, die ihrerseits nach oben und hinten etwa querfingerbreit bis an die Sagittallinie herangehen, vorn etwa am Tragus abschneiden, und sich nach unten ohne scharfe Grenze verlieren.

10. II. Auf Wunsch entlassen. Kopfschmerzen rechts bestehen noch in geringerer Heftigkeit. Bild der linksseitigen Alopezie unverändert. Blutuntersuchung nach WASSERMANN —. Bakteriologische Untersuchung der Haarbälge negativ.

Dieser Fall wurde am 13. IV. von mir im hiesigen ärztlichen Verein neben anderen Alopezien besprochen. Leider wurde eine photographische Aufnahme verabsäumt.

Fall 2. K. St., Musketier, 21 Jahre, im Zivilberuf Kaufmann, Journ.-Nr. 1915/2775.

16. II. 1915. Gewehrschußverletzung an der rechten Schädelseite. Einen Tag bewußtlos. Fast in der Mitte der Sagittallinie Einschußöffnung, über den unteren Partien des Os parietale eine $3^1/_2$ cm lange, 1 cm tiefe Ausschußwunde. Geringe Sekretion.

6. III. Eitrige Sekretion der Wunde.

10. III. 39,5°. Kopfschmerzen. Spaltung des Wundkanals bis auf den Knochen. Tabula ext. und Diploe zersplittert, zwischen den Lamellen Eiter. Entfernung der Knochensplitter. Die Tabula int. ist intakt.

15. III. Fieberfrei. Wohlbefinden.

8. IV. Schwindel. Neurolog. Untersuchung ergibt Herabsetzung des stereognostischen Sinnes der linken Hand bei sonst ungestörter motorischer und sensibler Funktion.

5. V. Bei uns aufgenommen.

Status: Magerer, blasser, mittelgroßer Mann. Tiefeingezogene, noch etwas sezernierende Narbe von der Mitte der Sagittallinie in der Richtung gegen den rechten Warzenfortsatz ziehend, 6 cm lang. Leichte Spannung im linken Arm. Reflexe lebhaft, Fingerphänomen schwach vorhanden. Dynamometer rechts 120, links 60. Schulter- und Armbewegungen links etwas schwächer. Leichte handschuhförmige Hypästhesie für alle Qualitäten an beiden Vorderarmen und Händen. Völlige Aufhebung der Stereognose und ataktische Störung in der linken Hand. Leichte Spannung im linken Bein. Patellarklonus, kurzer Fußklonus. BABINSKY schwach. Wadenphänomen schwach, sonst Reflexe o. B. Augenbefund: in jeder Beziehung völlig normal. Röntgenaufnahme des Schädels

Digitized by Google

(Oberarzt Dr. Haenisch): Impression eines Splitters der Tabula int. rechts mit Defekt. An der linken Schädelkapsel kein Befund.

20. V. Patient bemerkt, daß ihm auf der linken Kopfseite die Haare ausfallen. Er selbst hat außer den stereognostischen Störungen der linken Hand zur Zeit weiter keinerlei Beschwerden. Fig 1 zeigt das Krankheitsbild am 25. V. Man bemerkt auf der linken Temporal- und Parietalgegend einen kleinfleckigen Haarausfall. Die Kopfhaut zeigt in Ausdehnung des Haarausfalls eine ganz leichte Hypästhesie für Schmerz und Kälte. Der Pfeil deutet auf den Sitz der auf der rechten Schädelseite liegenden Schußnarbe. Wassermann —. Bakteriol. Untersuchung o. B.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fall 3. H. G., 25 Jahre, Musketier, im Zivilberuf Maurer, Journ.-Nr. 1915/2757.

18. XI. Kopfschuß links. Soll vier Tage bewußtlos gewesen sein. Einschuß dicht unter dem linken Tuber parietale. Verlust der Sprache, Unfähigkeit zu lesen und zu schreiben.

30. XI. konnte er bereits wieder etwas sprechen, Silbenstottern, seinen Namen mühsam schreiben, an den Fingern rechnen.

7. XII. ist ein geringer Prolaps an der Schädelwunde notiert, der sich

28. I. 1915 zurückgebildet hatte. Die Narbe pulsierte.

10. II. ins Revier geschickt.

2. III. wegen starker dauernder Kopfschmerzen besonders im linken Hinterkopf wieder ins Lazarett. Schädel sehr klopfschmerzhaft. Sprechen schleppend und langsam, zum Teil stockend. Beim Lesen gelingt es ihm, mit Mühe die einzelnen Buchstaben herauszubekommen (verwechselt sie aber oft), die Buchstaben zu Wörtern zusammenzusetzen.

5. V. bei uns aufgenommen.

Status: Mittelkräftiger Mann in gutem körperlichen Allgemeinzustand. Pulsierende

Digitized by Google

quergestellte 2 cm lange Narbe dicht unter dem linken Tuber parietale. Schwer besinnlich. Spricht nur zwei Zahlen oder zwei Silben nach. Schreibt nur Namen. Benennung nur der gebräuchlichsten Dinge richtig, aber nach längerer Besinnung. Heraussuchen von Gegenständen richtig, aber verlangsamt. Stehen auf einem Bein etwas unsicher. Andeutung von Nystagmus. Plantarreflex rechts schwächer. Wadenphänomen rechts positiv.

Augenuntersuchung (Oberarzt Dr. HANSSEN): Rechte Pupille etwas weiter als die linke und träger reagierend. Zweifelhafte Abblassung der temporalen Papillenhälften wenigstens auf dem rechten Auge. Sehschärfe und Akkommodation normal. Rechtsseitige Farbenhemianopsie, die Trennungslinie geht genau durch die Makula.

20. V. Dauernd Kopfschmerzen.

Röntgenaufnahme (Oberarzt Dr. HAENISCH): Schädeldefekt im linken Os parietale mit Knochensplittern. Geschoßteile liegen dem Schädelknochen neben dem Defekt außen an. Zahlreiche Geschoßsplitter haben das Gehirn durchflogen und sind im Os occipitale, etwa auf der Höhe der Lambdanaht steckengeblieben, ein größerer Splitter hat den Knochen durchschlagen und ragt in die Kopfschwarte hindurch. Mehrere kleine Splitter im Gehirn. Ziemlich auf dem Scheitel seitlich neben dem Schädeldefekt eine fissurverdächtige Stelle. Im rechten Os parietale kein pathologischer Knochenbefund.

10. VI. bemerkt Patient starken Haarausfall auf der rechten Schädelseite. Man kann am Tuber parietale und etwa in handflächengroßer Umgebung desselben die Haare ohne Schmerz leichthin büschelförmig ausrupfen. Links, auch in dichter Umgebung der Narbe, sitzen die Haare fest.

16. VI. Die Haare fallen weiter aus, so daß das rechte Tuber parietale in fünfmarkstückgroßer Ausdehnung fast kahl ist. Wie aus der beigegebenen Fig. 2 ersichtlich, besteht in der weiteren Umgebung eine stärkere Lichtung der Haare. In Ausdehnung des Haarausfalls deutliche Hypästhesie für Kälte und Schmerz. WASSERMANN —. Bakteriologische Untersuchung o. B.

Kurz zusammenfassend handelte es sich also in Fall 1 um eine Gewehrschußverletzung der rechten unteren Stirngegend ohne Verletzung des knöchernen Schädels. Der Mann war fünf Minuten bewußtlos, hatte auch nach Entfernung des Geschosses dauernd Kopfbeschwerden. Sechs Wochen nach der Verletzung tritt auf der entgegengesetzten Kopfseite eine ziemlich ausgedehnte Alopezie ein, die in der linken Scheitelbeingegend beginnt und im Verlauf der nächsten Wochen langsam nach vorn, aufwärts, hinten und abwärts fortschreitet, ohne daß auf der rechten Kopfseite auch nur die geringsten Spuren von Haarausfall zu entdecken sind. Neurologisch fand sich eine geringe Hyperästhesie der erkrankten Kopfhaut. Der übrige körperliche Befund ergab außer erhöhter nervöser Erregbarkeit nichts Besonderes.

In Fall 2 lag eine Gewehrschußverletzung des oberen rechten Schädeldaches, etwa entsprechend dem oberen Drittel der hinteren Zentralwindung, vor. Knochendefekt mit Splitterimpression. Ein Tag Bewußtlosigkeit. Leichte spastische Schwäche im linken Arm, Astereognosis und Ataxie der linken Hand, leichte spastische Erscheinungen mit pathologischen Reflexphänomenen im linken Bein. 13 Wochen nach der Verletzung mäßig

Digitized by Google

starke fleckförmige Alopezie auf der linken Temporal- und Parietalgegend mit leichter Hypästhesie der beteiligten Kopfhaut.

Fall 3 war eine Gewehrschußverletzung der linken unteren Parietalgegend mit Knochendefekt, Knochensplittern und Fissurbildung. Einsprengung von Geschoßresten in die linke Okzipitalgegend. Vier Tage bewußtlos. Aphasie, Alexie, Agraphie, Agnosie, anfangs total, dann langsam zurückgehend. Leichte spastische Erscheinungen im rechten Bein mit pathologischen Reflexphänomenen. Dauernd Kopfschmerzen. Rechte Pupille weiter und träger reagierend. Rechtsseitige Farbenhemianopsie. Etwa sechs Monate nach der Verletzung diffuse Alopezie auf der rechten Parietalgegend mit leichter Hypästhesie im Bereich der affizierten Kopfhautpartie.

Bei diesen drei Fällen ist bemerkenswert 1. die kontralaterale Lokalisation des Haarausfalles, 2. die Latenzzeit zwischen Trauma und Auftreten der Alopezie: 6 Wochen, $^1/_4$ Jahr, $^1/_2$ Jahr, 3. die bei Ausschluß anderer Ursachen sichere traumatisch-neurotische Grundlage des Leidens.

Zunächst müssen wir uns mit Punkt 3 befassen, denn bei der seltenen und eigentümlichen Lokalisation und der bei Fall 2 und 3 erheblichen zeitlichen Distanz muß man jede andere als traumatische Entstehungsursache wenigstens in Frage ziehen. Die erste Möglichkeit wäre die, daß die Patienten wegen der Verletzung der einen Schädelseite hauptsächlich, wenn nicht dauernd, auf der entgegengesetzten Kopfseite gelegen hätten und so die Schädigung der Behaarung dieser Seite eingetreten sei.

Dagegen spricht die Erfahrungstatsache, daß Schädelverletzte meist nicht auf der Seite, sondern auf dem Rücken liegen, wir selbst hatten noch jüngst Gelegenheit, in diesem Sinne einen großen Transport von Kopfschüssen, darunter meist einseitige Verletzungen, zu beobachten; es war eine Seltenheit, daß einmal einer auf der dem Trauma entgegengesetzten Seite lag. Dagegen spricht vor allem die Angabe der Patienten selbst, die zuverlässig versichern, nicht auf der dem Trauma gegenüberliegenden Seite gelegen zu haben.

Dagegen spricht auch das späte Auftreten der Alopezie in Fall 2 und 3 zu einer Zeit, da die eigentliche Verletzung längst abgeheilt war und keinerlei Verband mehr getragen wurde. Ob überhaupt bei Erwachsenen Alopezie lediglich durch dauerndes Lagern auf einer Schädelseite auftreten kann, ohne Mitwirkung eines schwer marantischen Allgemeinzustandes auf infektiös-toxischer oder dystrophischer Grundlage, darüber fehlen mir die Erfahrung und in der Literatur die Angaben.

Die zweite Möglichkeit, eine eventuelle infektiöse Ätiologie, suchten wir, sowenig Aussicht auch derartige Untersuchungen nach der bisherigen Erfahrung bieten, durch Kulturversuche auf Zuckernährböden auszu-

Digitized by Google

schließen. Es gelang in keinem Falle Pilze zu züchten. Auch Lues war in allen Fällen nach dem negativen Ausfall der Blutreaktion auszuschließen. In dubio müssen wir also die traumatisch-neurotische Entstehungsursache für unsere drei Fälle gelten lassen, und damit verlieren wir uns ins Theoretische.

Möglich wäre, daß durch eine Art Contrecoup die der Einwirkungsstelle des Traumas gegenüberliegende Kopfhaut gedehnt worden wäre, und daß in dieser, wenn auch nur vorübergehenden Dehnung die initiale Schädigung des Haarbodens zu suchen sei. Aber sowohl klinisch wie röntgenoskopisch fand sich kein Anhalt für eine Contrecoupläsion des knöchernen Schädels, ohne die eine irgendwie nennenswerte Dehnung der Kopfschwarte aus rein physikalischen Gründen nicht denkbar ist.

Möglich wäre auch, daß es sich um Schädigung von Rindenzentren trophischer oder sympathischer Bahnen durch das Trauma handelte, die dann den Haarausfall der gegenüberliegenden Seite bedingte. Dafür spricht das gleichzeitige Bestehen spastischer Symptome der gegenüberliegenden Extremitäten in Fall 2 und 3, dafür spricht die leichte sensible Störung der affizierten Kopfhautpartie in allen drei Fällen. Dafür spricht auch die nicht allzu seltene Beobachtung trophischer Störungen der gegenüberliegenden Körperhälfte bei zerebralen Herden, Apoplexien, Erweichungen, zerebraler Kinderlähmung.

Bei dem Fehlen zuverlässiger normalanatomischer Angaben über trophische und sympathische Bahnen und Zentren sind weitere theoretische Erörterungen kaum ratsam.

Ungeklärt muß auch die Frage der zeitlichen Beziehung des Auftretens der Alopezie zum Trauma bleiben. Die lange Latenzzeit von $^1/_4$ und $^1/_2$ Jahr in Fall 2 und 3 mahnt daran, daß vielleicht ein nur ganz schleichend fortschreitender Prozeß im Haarboden sich abspielt, welcher Art, läßt sich nicht sagen.

Vielleicht gelingt es, durch Beoabachtung weiterer ähnlicher Fälle mehr Klarheit zu schaffen.

Literatur:

Bayet, Derm. Zschr., 1901, 379. — Bender, Derm. Zbl., 1899. — Chajes, Berl. derm. Gesellsch., 14. VI. 1910. — Fouquet, Bull. de la soc. franç. de derm., 1912. — Frank, Berl. derm. Vereinig., 14. VII. 1914. — Martino, Giorn. ital. delle mal. vener., 1910, 583. — Palm, Berl. derm. Vereinig., 12. V. 1896. — Pontoppidan, zitiert bei Bender. — Sprecher, Riforma med., XX, 5. — Wechselmann, D. m. W., 1908, 1982.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Die Moralität der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Robert A. Bachmann. (New York m. J., 21. Febr. 1914.) B. bringt in seiner Eigenschaft als Marinearzt eine Reihe sehr vernünftiger Gründe für die vorbeugenden Maßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten vor, zumal wenn man den verheerenden Einfluß derselben in Heer und Marine kennt. Bei letzterer wird von je sieben Mann immer einer infiziert, das bedeutet 9000 neue Fälle jährlich, beim Landheere ist es ähnlich (10000 Fälle pro Jahr), so daß bei beiden zusammen innerhalb vier Jahre, wonach die Mehrzahl wieder in das Zivilleben zurücktritt, 75000 Mann geschlechtskrank werden. So wird der Militärdienst der Brutplatz dieser Krankheiten, und diese Zahlen der Vereinigten Staaten überragten weit die der europäischen Länder. Im Zivilleben seien die Verhältnisse ebenso schlimm, die jährliche Ziffer der Geschlechtskranken von New York (Stadt) wird z. B. auf 250000 geschätzt. Ohne die Bedeutung der erzieherischen Maßnahmen in prophylaktischer Hinsicht unterschätzen zu wollen, möchte dieselben Verfasser vielmehr Hand in Hand mit der praktischen Prophylaxe angewendet wissen. Metschnikoffs Experimente, welche beweisen, daß Syphilis durch Anwendung einer Kalomelsalbe verhütet werden kann, sind für ihn von vielleicht noch größerer Bedeutung als Ehrlichs Erfindung, und wirkliche Vernunft sollte einer möglichst ausgedehnten Verbreitung der prophylaktischen Anwendung der Kalomelsalbe das Wort reden, wie denn auch in einzelnen amerikanischen Städten schon von seiten der Sanitätsbehörden den Bordellinhabern die Anschaffung der „Vorbeugungstuben" zur Pflicht gemacht worden ist. Entgegen den abolitionistischen Utopien muß die künftige Prophylaxe sich in diesem Sinne entwickeln, natürlich in Zusammenhang und Verein mit allen anderen erzieherischen und hygienischen Maßnahmen. M. Stern-München.

Der Kampf gegen die venerischen Krankheiten. Belehrungen für Frauen leichten Lebenswandels, von Titu Jonescu-Braila. (1915.) Die populären Werke, die sich mit der Prophylaxis der geschlechtlichen Krankheiten befassen, wenden sich meist nur an das männliche Geschlecht. Der Versuch des Verfassers, auch die altera pars, die Prostituierte, die doch die Hauptverbreiterin dieser Krankheiten ist, über Wesen und Verhütung derselben in leicht verständlicher Weise zu belehren, ist daher als sehr nutzbringend zu begrüßen. Es ist ja bekannt, daß sowohl geheime als auch öffentliche Prostituierte sich dem Erstbesten hingeben, ohne sich jemals darum zu kümmern, ob derselbe geschlechtlich gesund oder krank ist, ferner, daß dieselben die stetige Tendenz haben, der ärztlichen Kontrolle und Behandlung aus dem Wege zu gehen. Verfasser stellt nun das Prinzip auf, daß keine Prostituierte den geschlechtlichen Verkehr gestatten soll, bevor sie sich nicht durch Augenschein davon überzeugt hat, daß der betreffende Mann geschlechtlich gesund ist, ferner, daß dieselbe, sowie sie irgend etwas Krankhaftes an ihrem Körper bemerkt, so rasch als möglich in ärztliche Behandlung treten soll. Das Büchlein enthält auch noch weitere nützliche Belehrungen über körperliche Pflege und sonstige Hygiene. E. Toff-Braila.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Fr. Wolff-Gießen. (Fortschr. d. M., 1914, Bd. 32, Nr. 12.) Die vorliegende Arbeit zerfällt in zwei Teile; im ersten Teil spricht der Verfasser allgemein über die Prostitution und die Frage der Kasernierung und Kontrolle und über die Vorschläge der Abolitionisten. Er macht für diesen

Digitized by Google

Abschnitt resumierend seinen Standpunkt wie folgt geltend: 1. Die Kasernierung und die freie Prostitution bleibe bestehen, doch ist die erstere vorzuziehen und dort, wo möglich, einzurichten; dabei seien die Zimmer der Bordelle sanitär besser als bisher einzurichten, die Besucher durch geeignete Anschläge in den Zimmern auf die Gefahren aufmerksam zu machen und den puellae publicae die als wirksam erprobten Schutzmittel zum Verkauf an die „Kundschaft" zu überlassen, und endlich muß der Alkoholausschank in den Bordellen verboten werden. 2. Sollen alle Prostituierten der Kontrolle unterstellt und möglichst täglich ärztlich eingehend (zeitweise auch serodiagnostisch) untersucht werden. 3. Mädchenhandel und Zuhältertum sind auszurotten, Animierkneipen usw. strenger zu überwachen; endlich ist eine stationäre, wenn nötig unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker in menschenwürdigen Räumen und durch einen Spezialarzt unbedingtes Erfordernis. Der letzte von ihm an dieser Stelle ausgeführte Punkt, „die Bezahlung der erwerbenden Frauen aufzubessern", wird sich wohl erst mit der sozialen Frage lösen lassen. Den zweiten Abschnitt widmet Wolff der Notwendigkeit der Belehrung und Aufklärung der jungen Leute, wie das ja auch jetzt schon durch den Verein zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vielfach geschieht. Die Eltern sollen erzieherisch, der Arzt aufklärend wirken. Zum Schluß faßt Wolff seine (und wohl unsrer aller, d. Ref.) Wünsche zusammen in den drei Thesen: 1. Bessere allgemeine Ausbildung der Ärzte in der Dermatologie und Syphilidologie, 2. die Zubilligung der Dermatologie und Syphilidologie als selbständiges Prüfungsfach, 3. die weitgehendste Tätigkeit des Arztes in der persönlichen sexuellen Belehrung und Aufklärung der Jugend seiner Klientel. O. Lasch-Breslau.

Einige Probleme bei der Behandlung von venerischen Erkrankungen, von A. L. Medlroy-Glasgow. (B. m. J., 14. März 1914.) Die Auslassungen des Verfassers wenden sich hauptsächlich gegen die Mängel in der prophylaktischen Bekämpfung der venerischen Infektion. Es fehlt an Vorkehrungen für die geeignete Behandlung solcher Erkrankungen in den allgemeinen Krankenhäusern. Das Prinzip der Errichtung von Spezialhospitälern für venerische Krankheiten hat den Nachteil, daß der Besuch derselben die betreffenden Individuen leicht in ihrer sozialen Stellung und ihrem Fortkommen hindert. Die Anzeigepflicht für alle solche Fälle einzuführen, würde neben großen Vorteilen auch große Schädigungen mit sich bringen; man könnte aber sehr wohl alle Aborte und Frühgeburten anzeigepflichtig machen. Von der Reglementierung der Prostituierten ist abzusehen. A. Philippi-Salzschlirf.

Hautkrankheiten und Ehe, von R. Ledermann-Berlin. (Krankheiten und Ehe, 2. Aufl., Georg Thieme-Leipzig.) Die Beziehungen der Hautkrankheiten zu den auf die Ehe bezüglichen Vorgängen gewinnen dadurch eine besondere Bedeutung, daß sie, außer von ärztlichen oder sanitären, auch von kosmetischen Gesichtspunkten aus beurteilt werden müssen. Es gibt viele Hautleiden, die von ärztlicher Seite als ein Hinderungsgrund einer Eheschließung angesehen werden, andererseits müssen auch diejenigen Erkrankungen der Haut berücksichtigt werden, die sich in der Ehe entwickeln, wobei es nicht nur darauf ankommt, wie sie den Verlauf der Ehe beeinflussen, sondern auch, wie die Ehe auf den Verlauf dieser Krankheiten selbst wirkt. In Betracht kommen die Infektionskrankheiten, wie Lepra, Tuberkulose der Haut. Pityriasis rubra Hebra, Rhinosklerom, Dermatomykosen, Ekzem, Geschwülste, Erkrankungen, die vor allen anderen entscheidend für den Ehekonsens sein können. Es gibt aber auch Hautleiden, die das Leben bedrohen und somit von vornherein die Eingehung einer Ehe ausschließen, andererseits wieder Erkrankungen, die zunächst vom kosmetischen Standpunkt in Betracht kommen und mit ärztlicher Hilfe geheilt werden können.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko. (Leipzig 1914, Joh. Ambrosius Barth.) Da die Geschlechtskrankheiten und in deren Gefolge der Geburtenrückgang hauptsächlich in den Städten anzutreffen sind, so tritt der Verfasser für weit ausgedehnte, innere Kolonisation ein; Zerschlagung des Großgrundbesitzes sei ein dringendes, zeitgemäßes Erfordernis. Eine zweite Bedingung sei die Entlastung der Einzelfamilie. Nur wenn die Aufzucht des Nachwuchses nicht mehr zu einer unerschwinglichen Last für die Eltern, besonders für die Mutter wird, kann man wieder eine zunehmende Tendenz der Geburtenziffern erwarten, der Staat solle nicht allein für die Kosten des Heeres, sondern auch für die Aufzucht des Soldatennachwuchses aufkommen. Diese Forderungen würden erst den nötigen Nachdruck erhalten, wenn die Frauen in den Parlamenten erschienen. Die Ehen werden früher geschlossen werden, das Bedürfnis nach Prostitution und damit die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten werden abnehmen. Indirekt seien letztere somit eine Folge der abnormen Lebensbedingungen in den Großstädten. Peyser-Harburg.

Die Prostitution in Europa, von Douglas C. McMurtrie-New York. (M. Record, 21. Febr. 1914.) Besprechung eines eben erschienenen Buches von Abraham Flexner: Studien über Form und Ausdehnung der Prostitution in verschiedenen europäischen Städten (London, Liverpool, Birmingham, Manchester, Glasgow, Edinburg, Paris, Lyon, Rom, Brüssel, Berlin, Hamburg, Dresden, Frankfurt a. M., Köln, Stuttgart, München, Haag, Amsterdam, Rotterdam, Kopenhagen, Stockholm, Christiania, Genf, Zürich, Wien und Budapest); Beobachtungen über die Quellen, aus denen sich die Prostitution rekrutiert, über die Zustände, die Prostitution veranlassen oder vermehren, und das Vorgehen der verschiedenen Kommunen im Kampfe und zur Unterdrückung der Prostitution. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der Prostitution und der venerischen Krankheiten, von F. Bierhoff. (New York. m. Mschr., Bd. 24, Nr. 1.) Verfasser gibt eine Übersicht über die Prostitution in den verschiedenen Zeiten und die Verhältnisse, wie sie momentan in New York und den europäischen Großstädten bestehen; er bekennt sich als Anhänger des Reglementationsverfahrens und reproduziert Erfahrungen, die interessante Streiflichter auf die Beziehungen der New Yorker Prostitution zur Polizei daselbst werfen. Peyser-Harburg.

Die ärztliche Überwachung der Prostituierten in Paris im Jahre 1912, von L. Bulte. (Bull. soc. franç. proph. san. et mor., 1914, Nr. 3.) Verfasser gibt einen Bericht über die ärztliche Tätigkeit der Sittenpolizei. Es ist ersichtlich, daß die Syphilis bei den Kontrollmädchen etwas gestiegen ist. Dagegen ist sie bei den nicht eingeschriebenen Mädchen seltener als in früheren Jahren. Dies hat aber nicht in einer tatsächlichen Abnahme der Syphilis seinen Grund, sondern darin, daß seit 1910 nur Mädchen über 18 Jahre angehalten und auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden können. Die Jüngeren, die bekanntlich am häufigsten syphilitisch sind, können die Krankheit ungehindert verbreiten. Daher auch die Zunahme der Syphilis bei den Kontrollmädchen. R. Frühwald-Leipzig.

Soll die gesundheitliche Überwachung der Prostitution aufgehoben werden? von Julius Rosenstein-San Franzisko. (M. Record, 1914, Nr. 24.) Nichts Neues. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Zur Frage von dem Nutzen der Reglementierung der Prostituierten, von M. Müller-Metz. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Dieser Artikel führt die Nebenüberschrift: Was leistet die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die allgemeine Prophylaxe der Blennorrhoe? Hierzu führt Verfasser aus, daß die von Neisser schon vor 25 Jahren festgestellte Tatsache, daß die klinische Untersuchung

Digitized by Google

der Prostituierten auf Blennorrhoe nur bei 10% der Fälle den waren Tatbestand erkennen lasse, bisher keine Widerlegung gefunden hat. In Metz hat M. die Konsequenzen daraus gezogen und seit nunmehr 16 Jahren bei allen der Untersuchung zugänglich gemachten Dirnen die Untersuchung des Zervikalsekretes auf Gonokokken durchgeführt. Durch diese Maßregel allein ist es seiner Meinung nach zu erklären, daß die Zahl der Tripperkranken der Metzer Garnison in der Zeit von 1895—1910 um 55,8% (!) sich vermindert hat, während insgesamt in der Armee der Rückgang in der gleichen Zeit nur 3.9% betrug, und das noch am günstigsten abschneidende erste Korps nur eine Verminderung von 14,3% erzielte. Ohne die gesetzlich durchgeführte Kontrolle würde allerdings, wie M. hervorhebt, sich diese Sanierung nicht haben durchführen lassen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Hautkrankheiten, von Reinhold Ledermann-Hausarzt und Julius Misch-Zahnarzt-Berlin. (Lehrb. der Grenzgeb. der M. und Zahnheilk., 1914.) Die bekannten Verfasser haben die Hautkrankheiten, welche zu der Zahnheilkunde in Beziehung stehen, in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht bearbeitet und durch ausgezeichnete Abbildungen zur Anschauung gebracht. Es besteht wohl kein Zweifel, daß manche Hautkrankheiten ihren Ausgang von primären Erkrankungen der Zähne und Kiefer nehmen, und daß umgekehrt viele Erkrankungen der Haut gleichzeitig in der Mundhöhle vorkommen; häufig bilden kariöse Zähne die Eingangspforte pathogener Mikroorganismen in den Körper. Wir wissen, daß die zerfallene Pulpa oft die primäre Lokalisation der Tuberkelbazillen im Körper darstellt, und daß von hier aus der Schleimhautlupus und die regionäre Tuberkulose der Mundschleimhaut zur Entwicklung kommt. Es kann ferner von kariösen Zähnen aus die Aktinomykose sich weiter verbreiten, es sei an die Dentition erinnert, welche im Säuglingsalter die Entstehung von Ekzemen und Strophaluserkrankungen begünstigt. Interesant ist der Zusammenhang der Alopecia areata mit Störungen und krankhaften Veränderungen des Gebisses. So bildet dieser Abschnitt eine sehr interesante und lesenswerte *Studie*, die viel Wissenswertes enthält. Im allgemeinen sind alle in Betracht kommenden Dermatosen kurz und doch ausreichend geschildert, und durch die von den bewährten Verfassern angehobene Therapie ist diese Arbeit ein nicht zu unterschätzendes Lehrbuch geworden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatosen bei Toxämien, von Benjamin F. Ochs-New York. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Wenn auch Ekzem nicht absolut durch toxische Zustände verursacht wird, so wird es doch stets verschlimmert durch Digestionsstörungen; besonders bei Kindern verschwinden gewisse Formen von Ekzem oft nach Kalomel ohne äußere Behandlung. Zu gleicher Zeit kann man beobachten, daß gerade die an Ekzem erkrankenden Kinder nie oder sehr selten Erbrechen haben. Daß Urtikaria häufig durch intestinale Störungen verursacht wird, ist bekannt, weniger, daß bei der gleichen Ursache einige Patienten Urtikaria bekommen, andere dagegen eine Ptomainvergiftung. Auch Akne wird häufig durch Toxämien verursacht; wenigstens sieht man nach Kaffee, Alkohol usw. oft Verschlimmerungen. Verfasser möchte alle diese „Dermatosen" als Reflexsymptome organischer Störungen betrachten.

W. Lehmann-Stettin.

Einfluß der neuen Sitten auf die Pathologie der Haut der Frau, von L. Brocq. (Bull. méd., 1914, Nr. 42.) Die moderne Frauenbewegung hat eine gewaltige Umwälzung in den Lebensgewohnheiten vieler Frauen hervorgebracht; es ist zweifelsohne, daß dadurch auch die Pathologie des Weibes Veränderungen erleiden muß. Verfasser will nun in dem vorliegenden Aufsatze untersuchen, inwieweit die Haut von den neuen

Digitized by Google

Sitten betroffen wird. Die moderne Frau widmet sich sowohl körperlichen Übungen wie geistigem Studium. Ersteres ist zweifellos zu begrüßen, da der allgemeine Zustand dadurch gehoben wird; es ist aber andererseits ein Mißstand, daß die Frauen nicht die Leibesübungen vornehmen, die ihnen zuträglich sind (Gymnastik, Spazierengehen), sondern die, die eben Sport und Mode sind. Dazu kommt, daß viele Frauen auf ihr gesellschaftliches Leben nicht verzichten wollen, so daß die Körperübungen statt zu einer Wohltat zu einer Hetzjagd mit allen ihren schädlichen Folgen wird. Durch die Betätigung an der freien Luft wird die Haut naturgemäß geschädigt, sie wird rauh, es bilden sich Sommersprossen, Teleangiektasien usw. Das sind drei kleine Übel im Vergleiche zu dem gesundheitlichen Vorteil.

Andererseits ist es mit den Schädigungen durch die geistige Betätigung. Brocq hat den entschiedenen Eindruck, daß die geistig arbeitenden Mädchen ein anderes Aussehen haben; die Brust ist hohler, die Schultern runder, das Gesicht pastös, seborrhoisch, ihre Zirkulation ist gestört. Soll diese in Ordnung sein, müssen die Füße warm, der Kopf kühl, die Verdauung geregelt sein. Jene Mädchen haben gerade das Gegenteil davon: kalte Füße, heiße Stirn und schlechte Verdauung. Daher kommt es, daß sie starke Seborrhoe des Gesichts und Akne haben. Nicht daß Brocq im Studium die Ursache der Seborrhoe sieht; aber die geistige Überanstrengung trägt zur Entwicklung vorhandener pathologischer Dispositionen bei. Wenn die Frauen nach beendetem Studium einen Beruf ergreifen, dann leidet ihr Nervensystem, und es können sich bei ihnen alle Dermatosen nervöser Ätiologie entwickeln: Urtikaria, Pruritus, Lichen simplex, Ekzem, hartnäckige tiefe Akne usw. Am bedenklichsten ist aber die stetige Steigerung der Seborrhoe, die den behaarten Kopf ergreift und zum Haarschwund führt. Brocq schließt mit einem Appell an die Frauen, auch die neuen Lebensgewohnheiten vernünftig und hygienisch zu regeln. Die Frauen sind nicht widerstandsfähiger als die Männer, und wenn sie sich dieselben Arbeitsexzesse zuschulden kommen lassen, müssen sie auch dieselben übeln Folgen tragen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Rolle des Nervensystems bei professionellen Dermatitiden, von P. Jourdanet. (Presse méd., 1914, Nr. 42.) Verfasser erörtert die bekannten von Jacquet und ihm aufgestellten Ansichten über die Ätiologie der professionellen Erkrankungen. Nicht die äußere Irritation allein verursacht das Leiden; es kommt noch ein zweites, inneres Moment hinzu. Zu diesen gehören Störungen der Verdauung feinster Natur, vor allem aber Erregungen des Nervensystems. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Stoffwechselerkrankungen, von Alfred Lindemann-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 15.) Purinstoffwechseluntersuchungen bei Gicht, Erythema nodosum, Purpura haemorrhagica (Quinckesches Ödem), Psoriasis, Asthma bronchiale, Colitis membranacea. Aus den vorzüglich den inneren Mediziner interessierenden exakten Untersuchungen des Verfassers sei als für den Dermatologen wichtig hervorgehoben, daß vier Fälle von Erythema nodosum deutliche Störungen des Purinstoffwechsels darboten; in zwei derselben mit gleichzeitiger Störung im endogenen und exogenen Purinstoffwechsel gelang es, durch Verfütterung von 10 g hefenukleinsaurem Natrium bzw. 245 g Thymus eine neue, typische Erythemeruption experimentell zu erzeugen. Ferner fand sich in zwei Fällen von Purpura haemorrhagica und einem Falle von Psoriasis eine deutliche Störung der exogenen Harnsäureausscheidung; bei der Psoriasis wurde eine günstige Beeinflussung durch diätetische Therapie erzielt.

O. Gans-Hamburg.

Störungen der Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen, von V. Puntoni. (Morgagni, 17. März 1914.) Der Tod tritt bei gefirnißten Tieren nicht nur durch Erkältung ein, sondern auch infolge toxischer und nervöser Einflüsse. Denn

Digitized by Google

wenn man die Tiere bei einer Temperatur von 38° oder mehr hält, so sterben sie ebenfalls, und zwar in Hyperpyrexie. Statt „Erkältung" wäre besser „Störung der Temperaturregulierung" zu sagen. Die Störung der Hautfunktion hat außer der allgemeinen Wirkung auch einen speziellen schädlichen Einfluß auf den Magen und Dünndarm (Hämorrhagien, Selbstverdauung, Epithelverlust). Hand in Hand damit geht eine Änderung der Darmflora, bestehend in einer Selbstreinigung des Dünndarmes und einer (allerdings inkonstanten) Virulenzsteigerung des Bact. coli in den unteren Darmabschnitten. Die Darmwandungen werden durchlässig, so daß die normalen Darmbakterien, besonders aber pathogene Keime, in die Zirkulation übertreten können. Dieser Übertritt wird begünstigt durch Abnahme der bakteriziden Kraft des Serums. Diese Versuche haben eine große praktische Bedeutung; sie können die Wirkung des feuchtwarmen Klimas, unreiner Kleider usw. erklären. Versuchstiere in feuchtwarmer Umgebung zeigen dieselben Erscheinungen wie gefirnißte Tiere. R. Frühwald-Leipzig.

Über Vererbung familiärer Merkmale, speziell den Vererbungsmodus der Bluterkrankheit und Versuch seiner Erklärung, von W. Lossen-Köln. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 128, H. 3 u. 4.) Die Vererbungslehre ist besonders in neuester Zeit sehr gefördert worden und durch planmäßige Kreuzungsexperimente von Individuen mit bestimmten erblichen Merkmalen Ergebnisse erzielt worden, von denen besonders interessant sind die Mendelschen Regeln, das Daltonsche Gesetz und die Weismannsche Lehre von der Kontinuität des Keimplasmas. Die Bluterkrankheit ist eine Konstitutionsanomalie, die sich einerseits in hartnäckiger Blutung nach Verletzung, andererseits in Neigung zu spontanen Blutungen zeigt. Die Ursachen sind mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Auffallend ist die Vererbung dieser Krankheit, und um den Typus der Übertragung zu studieren, bringt der Verfasser einige dieser typischen Stammbäume. Bei dem Studium eines bestimmten Stammbaumes kommt der Verfasser zu folgendem Gesetz: die Anlage zu Blutungen wird nur durch Frauen übertragen, die selbst keine Bluter sind. Nur Männer sind Bluter, vererben aber, wenn sie Frauen aus blutgesunder Familie heiraten, die Bluteranlage nicht. Um den Versuch zu machen, den gynephosen Vererbungstypus dieser Stammbäume zu erklären, nimmt der Verfasser folgendes an: die Bluteranlage ist, wenn sie sich in der befruchteten Eizelle befindet, eine unteilbare Erbeinheit. Die Erbeinheit der Bluteranlage findet sich in der oben erwähnten Familie immer nur einmal in der befruchteten Eizelle und stammt hierbei von der Mutter. Beim Auswachsen der befruchteten Eizelle geht der Bluterkeim entweder in die Körperanlage = Ursomazelle über oder in die Fortpflanzungsanlage = Urgeschlechtsmutterzelle, welche den Beginn der Keimbahn und Keimanlage darstellt. Der Bluterkeim ist meist mit als Determinant für das männliche Geschlecht verkettet und wächst damit aus. So erklärt sich zwanglos, daß die Bluter den Keim nur im Körper, nicht aber in den Fortpflanzungszellen haben, und die nicht blutenden Frauen umgekehrt. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Beitrag zur Operation der Blasenektopie, von Al. Hagentorn-Kowno. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 128, H. 3—4.) Verfasser beschreibt eine Operationsmethode, die er selbst praktisch noch nicht ausgeführt hat, nur die Verhältnisse an der Leiche nach Möglichkeit geprüft hat. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Hauterscheinungen bei Malaria, mit besonderer Berücksichtigung einer Form von Ekthyma, von Luigi Chimisso. (Riforma med., 1914, Nr. 13—14.) Bei Gelegenheit einer eigenen Beobachtung bespricht Verfasser die Frage der Hautläsionen bei Malaria. Man kann bei dieser Krankheit verschiedenartige Eruptionen sehen. Von Primäreffloreszenzen wurden beobachtet: Makeln, Papeln, Papulovesikeln, Knötchen und Knoten, Bläschen, Blasen, Pusteln, Schuppen, Geschwüre. Als häufigere Ausschläge

Digitized by Google

kommen in Betracht: Herpes, Urtikaria, Petechien, skarlatiniformes, pustulöses und morbiliformes Exanthem, Miliaria, Erythema nodosum und multiforme, Purpura und Pemphigus. Alle diese Läsionen sind direkt durch die Malariainfektionen bedingt, alternieren mit den Fieberanfällen und werden durch die spezifische Therapie beseitigt. Besonders bemerkenswert ist, wie auch bei dem vom Verfasser beobachteten Falle, eine Art Ekthyma, das dem Ecthyma syphiliticum ähnelt, sich aber von ihm durch den schiefergrauen Rand, durch den Zusammenhang mit den Fieberattaken, durch die Wirksamkeit der Malariatherapie und durch eine begleitende diffuse Melanodermie unterscheidet. Diese letztere wird durch die Therapie nicht beeinflußt.

R. Frühwald-Leipzig.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatosen bei Hysterie, von Antoni-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 27.) Verfasser schildert einen sehr ausgeprägten Fall bei einem 21jährigen Mädchen, das durch die Erzeugung von Ulzerationen auf fast der gesamten Oberfläche des Abdomens die beobachtenden Ärzte lange Zeit hindurch täuschte. Auch andere Selbstbeschädigungen und Krankheitssymptome wurden geschickt in Szene gesetzt, bevor die Entlarvung schließlich gelang. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Beziehungen der Internsekrete zu dermatologischen Affektionen, von M. Morris-Greenwich. (Monthly Cycl. and Med. Bull., Jan. 1914.) Als Dermatosen, welche den klinischen Symptomen und auch den therapeutischen Erfolgen nach in einer gewissen Beziehung zur Schilddrüse stehen dürften, nennt M. die Psoriasis, die Alopezie, Ichthyosis und Xerodermie. Namentlich bei alter Psoriasis, bei gleichzeitiger Fettsucht, hat ihm die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt, eventuell im Verein mit Arsenik, mehrfach sehr gute Dienste geleistet. Ferner werden manche Fälle von Pruritus und Ekzem durch die Thyreoidbehandlung prompt gebessert, und dies wiederum gerade bei fetten Individuen und namentlich bei den zu Xerodermie führenden Ekzemen. Weitere Affektionen, bei denen diese Medikation erfolgreich war, sind das Keloid, welches auch in bezug auf die Beseitigung der Schmerzen dabei in sehr willkommener Weise reagiert, multiple Warzenbildungen, Akne vulgaris und Seborrhoe und auch Lupus vulgaris und Skrophulodermie. In den meisten Fällen wurde mit einer einzigen Dosis von 0,15 abends beim Zubettgehen begonnen; bei günstigem Verlauf wird die Gabe verdoppelt und später dreimal täglich nach den Mahlzeiten je eine Dosis (0,15) gegeben. Extrakte der Thymusdrüse und der Hypophyse sowie der Nebennieren sind vom Verfasser nur wenig angewandt worden; die beiden letzteren schienen bei obstinater Urtikaria und beim angioneurotischen Ödem nützlich zu wirken, und Thymusextrakt wurde bei Akne, bei Komplikationen mit Schilddrüsenschwellung und Tachykardie angewandt. Nebennierenextrakt schien bei Lupus erythematosus günstig zu wirken.

A. Philippi-Salzschlirf.

Der Einfluß der inneren Sekretion auf die Haut und deren Adnexa, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. (Prakt. Erg. d. Hautkrkh., 3. Jahrg.) C. hat in dieser Arbeit kurz alles das zusammengestellt, was auf dem großen Gebiete der inneren Sekretion für den Dermatologen wichtig ist. Außer den bekannten Beziehungen zum Morbus Addisonii, zum Myxödem, weist er auf die neueren Forschungen über die Zusammenhänge des Morbus Basedowii zur Sklerodermie und zu einzelnen Fällen von Alopecia areata hin. Die Angabe von Sabouraud, daß Leute mit Alopecia areata oft Luetiker sind, ist nach seiner Meinung vielleicht dahin zu erklären, daß luetische Prozesse in irgend welchen endokrinen Drüsen eine veränderte innere Sekretion hervorrufen. In ähnlicher Weise möchte er die Hypothese aufstellen, daß vielleicht die ganze Hutchinsonsche Trias Folgen innersekretorischer, von luetischen Drüsenveränderungen verursachter Störungen sein könnten. Interessant ist die Erwähnung der Auffassung

Digitized by Google

Sabourauds, daß die seborrhoische Kahlköpfigkeit hauptsächlich durch die übernormal gesteigerte innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen hervorgerufen werde. Die Beziehungen der Menstrualexantheme, das Chloasma uterinum, der Dermatitis dysmenorrhoica zur innersekretorischen Tätigkeit der Keimdrüsen werden kurz gestreift, der Zusammenhang der Psoriasis zu Störungen der inneren Sekretion (Pankreas, Keimdrüsen, Schilddrüse) wird kurz besprochen und im Anschluß daran die Korrelation in der Tätigkeit endokriner Drüsen erörtert. Leider sei es bisher nur in wenigen Fällen möglich, durch eine Organotherapie (Myxödem) bzw. Operation (Morbus Basedowii) Erfolge zu erzielen, in den übrigen Fällen müßten die üblichen Versuche mit Eisen- und Arsenpräparaten, Kalziumsalzen, Natrium phosphoric. und Acid. phosphor. dilut. (10 Tropfen zweimal täglich in $^1/_4$ Glas Wasser, Sabouraud) gemacht werden.

Behandlung von organischer und funktioneller Hautkälte der Extremitäten mit Dermotherma, von Leopold Dregiewicz-Lemberg. (Reichs-M.-Anz., 39. Jahrg., Nr. 24.) Das Dermotherma (Luitpold-Werk München) wird auf der Haut verrieben und mit Watte umwickelt. Es soll das Symptom der kalten Füße durch Hautreizung und Steigerung des Blutdruckes und Anregung der Zirkulation in den Hautgefäßen beseitigen. Verf. berichtet, daß er diese Wirkung in zufriedenstellender Weise erzielen konnte. H. Boehme-Leipzig.

Scharlachähnliche Eruptionen bei septischen Zuständen, von Robert N. Willson-Philadelphia. (New York m. J., 21. März 1914.) Die Krankheiten, in deren Verlauf scharlachähnliches Erythema oft beobachtet wurde, sind Rheumatismus, Septikämie und Ptomain- (speziell Fisch- und Fleisch)- Vergiftung. Die Ätiologie ist unbekannt, aber es ist wahrscheinlich, daß es sich um einen entschieden toxischen Einfluß handelt, der mehr auf die peripheren als die zentralen Gewebe und speziell auf die Nervenenden einwirkt. Es gibt aber auch Medikamente, welche einen scharlachähnlichen Ausschlag hervorrufen können und zwar hauptsächlich Chinin und Belladonna; eine Desquamation, die nur schwer von der des Scharlachs zu unterscheiden ist, kann nach Anwendung beider Medikamente folgen, wofür W. ein paar stringente Beweise anführt, ebenso für das Vorkommen scharlachähnlicher Eruption nach septischen Allgemeininfektionen (infolge von Karbunkel, eiteriger Sinusitis, nach Influenza). Von großer Wichtigkeit ist natürlich die Diagnose solcher Fälle bei herrschenden Scharlachepidemien, um nicht einen solchen Patienten in Isolierspitäler zu überweisen und eventuell noch sein Leben zu gefährden. M. Stern-München.

Staphylo- und Streptokokken bei Skabies und einigen anderen banalen Dermatosen, von Minna Model. (Bern 1911. Aus der derm. Univ.-Kl., Bern.) Bei der Skabies waren fast immer Streptokokken neben dem Staphylococcus aureus vorhanden. Wenige Effloreszenzen waren steril, zahlreiche enthielten nur Staphylokokken, relativ spärliche nur Streptokokken. Sabourauds Anschauung, daß Staphylokokken auf der Haut immer Eiterung, Streptokokken immer nur seröse Exsudationen bedingen, konnten durch diese Untersuchungen bei Skabies nicht bestätigt werden. Bei Impetigo contagiosa und vulgaris und beim Ekthyma konnte die Konstanz der Streptokokken bestätigt werden. Andererseits gibt es auch atypische Impetigo mit Staphylokokkeninfektion. Peyser-Harburg.

Über die bakteriologische Bedeutung der Hautdrüsensekrete bei der aseptischen Chirurgie, von J. Ozaki-Kyoto. (D. Zschr. f. Chir., September 1914, Bd. 131.) Aus den Ergebnissen seiner Versuche schließt der Verfasser, daß der sezernierte Schweiß auf der Hautoberfläche keine neue Quelle der Infektion bildet, falls die vorherige Desinfektion ganz gründlich vorgenommen war. In allen Versuchen war die Schweißent-

Digitized by Google

wicklung recht stark; in den meisten Fällen waren keine Keime im sezernierten Schweiße nachzuweisen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Abnormitäten und Krankheiten der Haut und der Hautadnexe bei Geisteskranken, von G. Vidoni und S. Gatti-Treviso. (Archivio di Antropol. crimin. e M. leg., 1914, Nr. 2.) Die Verfasser haben etwa 500 Geisteskranke untersucht und beschreiben die von ihnen beobachteten Abnormitäten und Krankheiten der Haut und ihrer Adnexe. Bekanntlich kommen bei Neuro- und Psychopathischen verschiedenartige Alterationen der Haut häufig vor, besonders: abnorme Hautfarbe, Myxödem, Pemphigus, Psoriasis, Dekubitus, Herpes, Sklerемie, Chloasma, Vitiligo, Runzeln, Elefantiasis, Lipomatosis, spontane Ekchymosen, Hämorrhagien, Erytheme, Furunculosis multiplex, Mal perforant, Ichthyosis usw. Volpi-Gherardini hat bei jungen unverheirateten Mädchen mit Dementia praecox narbige Hautstreifen beschrieben, die sehr den Striae gravidarum ähneln. Vidoni und Gatti konnten auch einen derartigen Fall beobachten. Battistelli hat bei einer Neurastheniekranken eine Entfärbung der Haare an den Tagen eintreten sehen, wo die stärksten nervösen Störungen auftraten. Reinhart und Rauber haben bei zwei Epileptikern beobachtet, daß die Haare während der konvulsivischen Anfälle und während des depressiven Phasen ihre Farbe änderten. V. und G. haben derartige Erscheinungen nie beobachtet. Dagegen haben sie bei drei Geisteskranken eine Bronzefärbung der Haut, bei einem zahlreiche Pigmentnävi, und bei drei einen „umschriebenen erworbenen Albinismus" beobachtet. Ferner haben sie drei Fälle von beiderseitigem symmetrischem Herpes zoster beobachtet: die Affektion war in einem Fall am Nacken, im zweiten am Thorax und im dritten am Unterleib lokalisiert. Reinhart, Romber und Heinicke haben besonders bei Dementia praecox mehrere Fälle von plötzlichem Ergrauen und Ausfallen der Haare beobachtet. V. und G. haben hingegen einige Fälle beobachtet, in denen die von den Patientinnen kurz geschnittenen Haare während längerer Zeit nicht mehr oder nur mit abnormer Langsamkeit wiederwuchsen. Sie beschreiben auch einen Fall von Hypertrichosis der Ohrmuschel. Abnormitäten und Erkrankungen der Nägel von verschiedener Art haben sie auch beobachtet.

K. Rühl-Turin.

Verschiedenes.

Die IV. internationale Krebskonferenz, welche 1916 in Kopenhagen stattfinden sollte, wurde über Antrag der dänischen ärztlichen Vereinigung für später verschoben.

Die 13. Jahresversammlung der American Society of Tropical Medicine findet nächstes Jahr in Washington, D.C., unter dem Vorsitze von Dr. Milton J. Rosenau-Boston statt.

Als Nachfolger von Prof. Jacobi wurde Priv.-Doz. Dr. Rost-Bonn auf den Lehrstuhl der Dermatologie in Freiburg i. B. berufen.

Zum interimistischen Leiter der dermatologischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo wurde Bezirksarzt Dr. A. Glück bestellt.

Dr. Charles D. Freeman hat seine Stellung als Instruktor für Dermatologie und Urologie an der University of Minnesota in Minneapolis, Minn. aufgegeben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. August 1915 | Nr. 35 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Ein Fall von Urachusfistel (kombiniert mit kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend).

Von

Oberarzt Dr. A. Gappisch, I. Assistent.

(Mit 1 Abbildung.)

Bekanntlich beginnt gegen das Ende des embryonalen Lebens hin der oberste Allantoisabschnitt, der zum Urachus wurde, zu verkümmern und wird zu einem Strang, dem Ligamentum vesico-umbilicale medium, das vom Harnblasenscheitel zum Nabel verläuft und zwischen den Ligamenta vesicae lateralia und den obliterierten Nabelarterien liegt. Bei der Geburt sollen die Gänge längst geschlossen sein.

Nach den Befunden von Luschka[1]) und Wutz[2]) muß dies aber keineswegs der Fall sein. Sie fanden an den untersuchten Fällen teils ein partielles und teils auch ein totales Offenbleiben des Urachus — also Urachuszysten respektive Urachus-Blasen-Nabelfisteln. Das Lumen beider variierte ziemlich stark und bezüglich der Urachusfisteln ist in der Literatur angegeben, daß es bald ganz fein, bald bleistift- oder gänsefederkieldick sein kann; in den höchsten Graden ist die Öffnung so groß, daß ein förmlicher Vorfall der Blase zustande kommt. Für gewöhnlich sind sie nur für feinere Sonden entrierbar, insbesondere an der Blasenmündungsstelle, woselbst sich im Bereiche einer kleinen Kuppel oder Delle eine oft nur stecknadelstichgroße Einsenkung findet, die für eine 0,3—0,5 mm dicke Borste durchgängig angegeben ist. Die Öffnung der Fistel am Nabel entspricht nicht immer genau der Nabelnarbe und verbindet sich oft mit einer Geschwulstbildung, die mehr in der Hervorwölbung des Nabels in toto oder auf der durch Rückstauung bedingten Entwicklung eines Harnsackes beruht.

In der Umgebung der Fistelöffnung können sich hahnenkammartige Wucherungen finden. Ätiologisch sind die Urachusfisteln auf eine durch

[1]) Luschka, Über den Bau des menschlichen Harnstrangs. Virch. Arch., 1862, Bd. 23, S. 1. — [2]) Wutz, Über Urachus und Urachuszysten. Virch. Arch., 1883, Bd. 82, S. 387.

Digitized by Google

behinderten Urinabfluß bedingte Stauung zurückzuführen: Atresia urethrae, Phimose, Urethralstriktur oder prostatische Dysurie. Vielfach gibt es Fälle, wo sich keinerlei Störungen im Harnablaufe nachweisen lassen. Für diese nimmt dann O. ZUCKERKANDL (Urol. II, 581) ein vorübergehendes Passagehemmnis durch Epithelverklebung an, das später intrauterin wieder geschwunden ist.

Die Urinabsonderung erfolgt in der Regel kontinuierlich, manchmal in nur kleinen Mengen, so daß sie sich nur durch Feuchtsein der Umgebung dokumentiert, während die Hauptmasse sich per vias naturales entleert. In anderen Fällen erfolgt sie nur bei Körperbewegungen, bei Anwendung der Bauchpresse.

Die Innenauskleidung des Urachuslumens besteht aus einem polymorphen geschichteten Epithel, ähnlich dem der Harnwege, wodurch die Unterscheidung gegenüber pathologischen Fistelbildungen, die aus durchgebrochenen Harnabszessen entstanden sind, sich ergibt.

Die Diagnose der Urachusfistel bietet keine sonderlichen Schwierigkeiten. Bei einigermaßen reichlicher Flüssigkeitsentleerung kann man schon infolge der urinösen Durchtränkung der Wäsche oder im entkleideten Zustande durch die ausgedehnte Benetzung des Abdomens den für in Zersetzung begriffenen Urin typischen Geruch wahrnehmen, der immerhin auch dann vorhanden sein wird, wenn eine so geringgradige Fistel vorliegt, die sich nur durch Feuchtsein der nächsten Umgebung kundtut. Sicher und schnell ist die Diagnose zu stellen bei reichlichem Flüssigkeitsabfluß, die dann als Urin ja noch einwandfreier als durch den Geruchsinn durch entsprechende Untersuchungen nachweisbar ist. Weiter dringt eine in die Fistelöffnung im Nabel eingeführte Sonde median nach abwärts. Am beweisendsten ist aber die alsbaldige Entleerung einer durch die Nabelfistelöffnung eingeführten ev. gefärbten Flüssigkeit durch die Harnröhre, oder das intravesikale Palpieren der eingeführten Sonde vom Rektum oder der Vagina aus.

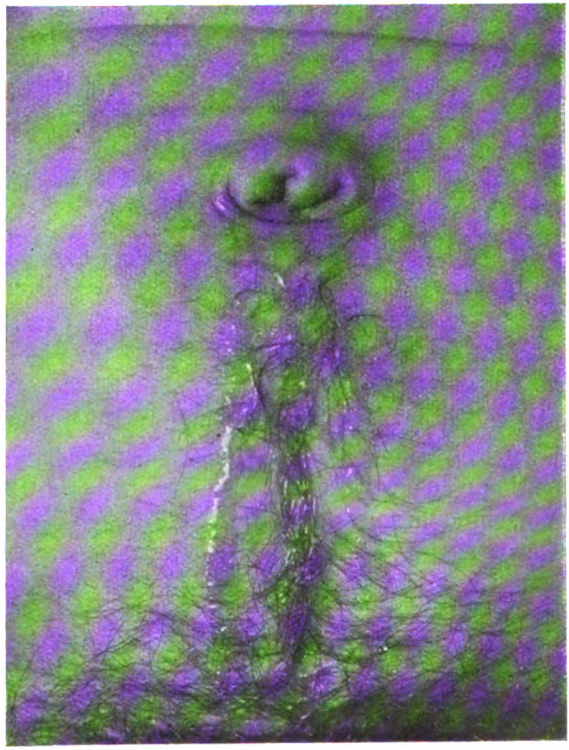
Diesen gedrängten Ausführungen über Anatomie, Ätiologie und Diagnose der Urachusfistel möchte ich einen an unserer Klinik beobachteten Fall dieser Art kurz hinzufügen.

Sch. H., 24 Jahre, Schneider. Aufgenommen 14. Dezember 1914. Sclerosis syphilit. initialis paene sanata ad laminam internam praeputii, Scleradenitis inguin. duplex et cervicalis. Exanthema papulo-crustosum, Papulae capillitii et umbilici. Als Kind Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten und Ziegenpeter. Mit 15 Jahren Typhus und mit 18 Jahren Influenza. Vor ungefähr zwei Monaten Wundbildung am oberen inneren Vorhautblatt, seit einem Monat nach vorübergehenden Kopfschmerzen Ausschlag am Stamm und Kopf. — Außerdem seit Kindheit Miktionsstörungen, die sich bis zur Retentio urinae steigern können. Urinentleerung aus der Nabelnarbe in wechselnder Menge. Besonders bei dem Ver-

Digitized by Google

such, die Blase durch Pressen zu entleeren, fühle er deutlich, wie sich der Blaseninhalt gegen den Nabel hin vordrängt, um dann abzufließen. Der Urin war stets trüb, von intensivem Geruch. Seit 3—4 Tagen erschwertes Urinieren, was auch früher schon — besonders nach Erkältung — vorhanden war. Patient mittelgroß, mittelkräftig, proportioniert, mittelernährt, blaß. Urin: E +, Z —.

In der Mitte der Lamina interna praeputii dorsal, nach dem Margo hin, ein zirka kirschkerngroßer, schinkenroter, flachrandiger, scharfumschriebener, lackartig glänzender, mäßig aber doch deutlich indurierter Substanzverlust. Inguinaldrüsen links: multipel haselnußgroß, rechts multipel bis kirschgroß, sämtliche verschieblich, indolent, prall elastisch. Zervikaldrüsen links: eine kirschkerngroße, rechts: zwei bis kleinhaselnußgroße Kubitaldrüsen: nicht zu tasten.



Am Stamm und den Armbeugen, am reichlichsten an den Seitenteilen des Stammes, regellos verstreute linsen- bis erbsengroße, düsterbraunrote zirkumskripte zumeist in der Hautflucht gelegene, auf Druck rostfarben abblassende Effloreszenzen; einige derselben flach hervorragend; eine kirschkerngroße in der Interskapularfurche mit schwarzroter Blutkruste bedeckt. Der letzteren analoge Effloreszenzen in reichlicher Menge am Kapillitium; die Haare dabei pinselförmig mit den Krusten verbacken. Hohlhände, Aftergegend, Fußsohlen, Mundschleimhaut: ohne pathol. Befund. WR +. Die Nabelnarbe in der oberen Hälfte stärker vorgetrieben. Falten plump vorgewölbt. Die obere Nabelringhälfte fast verstrichen, die unteren Nabelfalten unter und innerhalb des Nabelrings gelegen. Von der Tiefe her Nässen. An den Falten einige erbsengroße, kupfrigrote, oberflächlich grauweiß belegte, feuchtglänzende, scharf umschriebene Effloreszenzen. Beim Urinieren entleerte sich besonders beim Pressen unter mehr oder minder lebhaftem Abtropfen Urin aus der Nabeltiefe (vgl. Abbildung).

Bei Sondenuntersuchung gelangt man durch die Nabelmitte unschwer mit einer ziemlich dicken geknöpften Sonde in einen gegen die Blase hin verlaufenden Gang. Die Sondierung ist für den Patienten mit Schmerzen verbunden. Eine in den Hohlgang eingeführte gefärbte Flüssigkeit wird durch die Harnröhre wieder entleert. An den Genitalien sonst keinerlei pathologische Veränderung, insbesondere keine Phimose.

Digitized by Google

Urethra verengt, für Bougie Charr. 8 schlecht durchgängig. Patient erhielt in vier Infusionen 2,1 g Neosalvarsan intravenös innerhalb 22 Tagen. Danach war das Exanthem bis auf Pigmentresiduen involviert, die Sklerose epithelisiert, nicht mehr induriert. Inguinaldrüsenbefund nicht verändert. Urin frei von Eiweiß.

Auffallend und direkt hinweisend auf die Urachusfistel war außer der eigenartigen Nabelkonfiguration der während der Untersuchung von dem Patienten ausgehende oben erwähnte intensiv urinöse Geruch, der wohl auch ganz besonders auf die Massigkeit der auf den anormalen Wegen entleerten Urinmengen hinweist, wofür ja auch die relativ große Öffnung spricht. Hahnenkammartige Wucherungen bei Urachusfistel, die angegeben sind und die wohl auf eine fortdauernde Reizwirkung durch Urinzersetzung usw. zurückzuführen sind, waren im vorliegenden Falle nicht auffindbar, dafür aber nässende spezifische Papeln, die sich ja auch mit Vorliebe an ständigen Traumen ausgesetzten Körpergegenden lokalisieren. Hierbei möchte ich darauf hinweisen, daß die in der Literatur erwähnten hahnenkammartigen Vegetationen vielleicht breite Kondylome gewesen sind, welche, weil sie möglicherweise das einzige luetische Symptom darstellten, nicht erkannt wurden. An sich sind nässende Papeln am Nabel — besonders bei Fettleibigen — ja keine allzu große Seltenheit.

Grund für die Entstehung der Fistel dürfte wohl mit aller Bestimmtheit die seit Kindheit bestehende erhebliche Striktur sein. Wenigstens gelang es nur einmal, die Bougie vollkommen einzuführen. Vielleicht handelt es sich da um ein klappen- oder ventilartiges Hindernis im Verlaufe der Harnröhre, was nach beiderlei Richtung hin einen absoluten Verschluß herbeiführen kann, wofür auch die hin und wieder auftretende Harnverhaltung spricht.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Alterationen der Schilddrüse infolge künstlich erzeugter Stauung; Einfluß dieser auf das System der inneren Sekretionen, auf die Haut und auf die organische Entwicklung, von L. Mattioli-Sondrio. (Pathologica, 1914, Nr. 142.) Bei sieben Hunden wurden an beiden Seiten die Venae thyreoideae sup. und inf. unterbunden; bei zwölf Kaninchen wurde beiderseitig die Vena thyreoidea inf. unterbunden; bei acht Kaninchen wurde zuerst die Vena thyreoidea inf. und später die Venae thyreoideae sup. und die Vena jugularis int. unterbunden; bei elf Kaninchen wurden alle diese Venen zu gleicher Zeit unterbunden. In den Fällen, wo die Tiere überlebten, wurden keine Veränderungen der Haut noch der Haare beobachtet. K. Rühl-Turin.

Nah- und Fernresultate der Röntgentherapie bei einigen infiltrativen Hauterkrankungen, von A. Pasini. (Morgagni, 27. März 1914.) In achtjähriger Erfahrung haben sich dem Verfasser die Röntgenstrahlen als ein wertvolles Therapeutikum bewährt

Digitized by Google

bei umschriebenem Pruritus mit Lichenifizierung, bei Dermatitiden, Psoriasis, Sykosis und bei einigen Ekzemformen, namentlich solchen, die mit Infiltration einhergehen. Die Anwendung ist einfach, schmerzlos und sicher. Die Röntgenstrahlen helfen auch in Fällen, die sich anderen therapeutischen Maßnahmen gegenüber resistent verhalten hatten. Der günstige Effekt ist aber nicht von Dauer; bei Ekzem und Psoriasis kamen die Rezidive mit derselben Periodizität wie bei anderen Methoden. Die Strahlen wirken eben auch nur auf die Hauptsymptome, nicht auf die Ursache der Krankheit.

Über den Cholestearingehalt des Serums bei Dermatosen, von Fritz Fischl. (W. kl. W., 1914, Nr. 27.) Die Bestimmung des Cholestearins erfolgte nach einer kalorimetrischen Methode. Die meisten Fälle von Urtikaria, Ekzema chronicum, Pemphigus, Pruritus senilis, Mykosis fungoides, Xanthom wiesen einen hohen, konsumierende Erkrankungen, z. B. Karzinom, oder solche, welche mit Fieber einhergehen, z. B. Erysipel, einen niedrigen Gehalt auf. Die Erkrankungen der ersten Kategorie sind solche, welche mit einer Eosinophilie einherzugehen pflegen. H. Vörner-Leipzig.

Ergebnisse der Abderhaldenschen Serodiagnostik bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, von Golla-Breslau. (Zschr. f. Nervhlk., Bd. 50, H. 1—4.) Zu einer kurzgefaßten Mitteilung gibt der Verfasser als Resultat seiner Untersuchungen von 58 sero-organisch Hirn- und Rückenmarkskranken folgendes Resumé: Bei einer Anzahl organischer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten läßt das Abderhaldensche Dialysierverfahren einen fermentativen Abbau von Nervensubstanz erkennen. Bei der Paralyse ist das Verhalten annähernd konstant (unter 22 Fällen 21 mal +); hier zeigte sich auch im Gegensatz zu den anderen organischen Prozessen, bei denen fast ausnahmslos nur Nervengewebe angegriffen wurden, ein Abbau anderer Organe (außer Gehirn und Rückenmark auch Muskeln, Schilddrüse, Hoden, Ovarium, Leber, Niere, vereinzelt auch Hypophyse und Plazenta). Bei drei untersuchten Tabesfällen war die Reaktion mit Gehirn und Rückenmark positiv. Ein abschließendes Urteil über den diagnostischen Wert der Methode läßt sich zurzeit noch nicht fällen. O. Lasch-Breslau.

Mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens gewonnene Ergebnisse auf dem Gebiete der Dermatologie, von G. Stümpke-Hannover. (M. m. W., 1915, Nr. 14.) Weniger aus praktischem als vielmehr aus theoretischem Interesse hat Verfasser bei 200 Seren, teils von Patienten, teils von Kontrollpersonen entnommen, das Dialysierverfahren ausgeführt. Bei den in Betracht kommenden Krankheiten handelte es sich um Syphilis, um blennorrhoische Erkrankungen, Psoriasis und je einen Fall von Pemphigus, Lichen ruber planus, Herpes zoster u. a. Die Abbauvorgänge wurden vorwiegend an Nierensubstanz, Leber und Milz, aber auch an anderen Organen studiert. Bei der Syphilis im Sekundärstadium gibt diese Reihenfolge auch die Intensität des Abbaus an den genannten Organen an. Andere Organe wurden dabei weit weniger oder auch gar nicht abgebaut. Bei der Epididymitis blennorrhoica wurden Prostata, Hoden, Nebenhoden und in vielen Fällen auch die Samenbläschen stark abgebaut. Bei frischen Fällen trat hier ebenso wie bei der Syphilis die Reaktion viel stärker hervor als bei alten chronischen Erkrankungen. Die Psoriatiker ergaben wiederholt einen starken Abbau an Nierensubstanz und auch an Psoriasisschuppen. Von den anderen Dermatosen zeigten die meisten auch eine ausgesprochene Beziehung zu der Nierensubstanz, während ein Fall von toxischer Dermatitis und zwei Ekzemfälle eine stärkere Reaktion mit der Leber ergaben. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei parasitären Hautkrankheiten, von J. A. Kolmer und A. Strickler-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 10.) Weniger der praktischen Verwertbarkeit halber als vielmehr aus theoretischem Interesse haben Verfasser Unter-

Digitized by Google

suchungen darüber angestellt, ob bei Patienten, welche an Trichophytie und Favus resp. Tinea versicolor leiden, sich Antikörper entwickeln, welche in Zusammenhang mit den betreffenden Pilzkulturen eine Hämolysenhemmung hervorzurufen imstande sind; und es zeigte sich, daß diese Frage im allgemeinen bejahend zu beantworten ist. Für die Untersuchungen wurden zunächst Kulturen des Trichophyton (Mikrosporon Audouini) auf einer Mischung von Maltose mit Agar und Pepsin angelegt, während der Favuspilz auf einem Nährboden von Glukose, Pepton und Agar gezüchtet wurde. Vom Mikrosporon furfur wurde auch eine allerdings nicht ganz einwandfreie Kultur erzielt. Von den erfolgreichen Kulturen wurden am 24. Tage (nach der im Original nachzulesenden Technik) Antigene hergestellt. Die Reaktionen wurden in Anlehnung an die Originalvorschrift von Wassermann ausgeführt. Das Beobachtungsmaterial lieferten 27 Fälle von Trichophytie der Kopfhaut, drei Fälle von Favus und ein Fall von Tinea versicolor. Die verschiedenen Stadien der Versuche sind mit ihren Einzelheiten tabellarisch mitgeteilt. Es ergaben sich dabei folgende Schlußfolgerungen: Komplementbindung mit dem aus Mikrosporon Audouini gewonnenen Antigen erfolgte bei 78% der an Trichophytie des Kopfes leidenden Kranken schon bei Verwendung von kleinen Mengen; ebenso reagierte das Serum von Favuskranken (bei zwei von den drei Patienten) auf kleine Mengen des Favusantigens. Bei Verwendung von großen Mengen von Antigen ergaben die beiden Krankheiten wechselweise eine gewisse Hemmung. Syphilitiker (elf), deren Serum eine deutliche WR geliefert hatte, verhielten sich dem aus den Kulturen gewonnenen Antigen gegenüber durchaus negativ. Auch vier sonstige mit Hautkrankheiten behaftete Individuen lieferten negative Resultate. Die mit Mikrosporon furfur ausgeführten Reaktionen lieferten nur zweifelhafte Resultate. Verfasser folgern aus der Reaktionsfähigkeit der Favuskranken auf die Trichophytonantigene und vice versa bei Verwendung von größeren Dosen, daß eine gewisse biologische Verwandtschaft zwischen diesen beiden Pilzarten besteht. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Veränderungen der Spinalflüssigkeit nach Neosalvarsanapplikation, von P. Biach, W. Kerl und H. Kahler. (W. kl. W., 1914, Nr. 30.) Nach der von Ivar-Bang für den Blutzucker angegebenen Methode wurde bei Luetikern und zwar bei einem Teile derselben vor, bei dem anderen nach einer Behandlung von Salvarsan Liquor spinalis entnommen und auf reduzierende Substanz untersucht. Die Werte schwankten hier zwischen 0,04—0,09, dort zwischen 0,06—0,34.

H. Vörner-Leipzig.

Auto- und homoplastische Hautverpflanzungen und der Einfluß der Hyperämie auf dieselben, von G. Bertone-Turin. (Giorn. d. R. Accad. di M. di Torino, 1914, Nr. 11—12.) Verfasser hat bei Kaninchen a) autoplastische Hautverpflanzungen, b) homoplastische Hautverpflanzungen auf blutfremde und c) homoplastische Hautverpflanzungen auf blutverwandte Individuen ausgeführt und dabei stets Haut der Ohren auf Ohren verpflanzt. Er hat ferner Haut des Bauches auf Ohren verpflanzt, und schließlich untersucht, welchen Eindruck die aktive und passive Hyperämie auf den Ausgang der Verpflanzung ausübt. Die autoplastischen Verpflanzungen gingen stets an, sowohl wenn von Ohr auf Ohr wie wenn von Bauch auf Ohr verpflanzt wurde. Bei den homoplastischen Verpflanzungen auf blutfremde Tiere erfuhr das verpflanzte Hauptstück nach 5 - 7 Tagen eine Mumifizierung und fiel dann ab. Bei vier homoplastischen Verpflanzungen auf blutverwandte Tiere erfolgte dreimal Mumifizierung, und einmal fiel die Verpflanzung positiv aus. Die Hyperämie übte keinen Einfluß auf den Verlauf und den Ausgang des Prozesses aus. Aus der in allen Fällen ausgeführten mikroskopischen Untersuchung ergab sich, daß das eingepflanzte Hautstück von der Umgebung durch eine lineare Schicht von gewöhnlichem narbigem Gewebe getrennt war. In dem

Digitized by Google

verpflanzten angewachsenen Hautstück war das Bekleidungsepithel und das Epithel der Adnexe stets gut erhalten; in der Keimschicht war keine übernormale Menge von Karyomitosen nachweisbar. Das Bindegewebe wies stets normale Anordnung und normale Struktur auf mit beschränkter Kleinzelleninfiltrierung an der Basis. Das elastische Netz war sowohl im Dermagewebe wie in der Wand der Gefäße überall vorhanden; in der Wand der Gefäße und besonders in der Intima der kleinen Arterien war es jedoch unvollkommen vertreten; in dem Narbengewebe fehlte es. Die Haare waren überall gut erhalten; in der auf das Ohr verpflanzten Abdomenhaut behielten sie alle ihre Charaktere unverändert bei. Bei den mit passiver Hyperämie behandelten Verpflanzungen zeigte die Basis des eingepflanzten Hautstückes eine reichliche Leukozyteninfiltrierung in den weiten Räumen des ödematösen Bindegewebes. K. Rühl-Turin.

Über das Verhalten des retikulo-endothelialen Zellapparates gegenüber der Bestrahlung und der Transplantation, von Soper. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 17, H. 3.) Der retikulo-endotheliale Apparat der Milz und der Lymphknoten verhält sich gegenüber der Bestrahlung von γ-Strahlen auffallend widerstandsfähig und unterscheidet sich dadurch wesentlich von dem mit ihm räumlich eng verbundenen lymphatischen Apparat. Während die Lymphozyten relativ schnell und leicht geschädigt werden, lassen sich derartige Schädigungen für die histiozytären Elemente überhaupt nicht oder nur in geringem Umfange nachweisen; wohl aber tritt bei länger dauernder intermittierender Bestrahlung eine Reizung der Histiozyten in dem Sinne auf, daß sie stärker wie sonst allerlei Zellelemente phagozytieren. Dieser Reizzustand geht bei kontinuierlicher starker Bestrahlung in einen Lähmungszustand über. Auffallend war bei den Bestrahlungsversuchen mit relativ hohen Dosen (50 mg RaBr), daß selbst bei Nahbestrahlung eine wesentliche Veränderung der Blutbildung nicht beobachtet wurde, auch die Tiere (Kaninchen) sich auffallend resistent verhielten und erst bei tagelang fortgesetzter kontinuierlicher Nahbestrahlung eine Schädigung des Gesamtorganismus aufwiesen.

W. Haas-Hamburg.

Über die Neubildung der elastischen Fasern in Hautnarben, ein Beitrag zur Altersbestimmung von Narben, mit Benutzung der Untersuchungen von Fr. v. Schröter, von Felix Marchand-Leipzig. (W. m. W., 1915, Nr. 6.) Zur Altersbestimmung von Narben unbekannten Alters ist in erster Linie die Neubildung des elastischen Gewebes von Wichtigkeit, doch lassen sich darüber keine absolut gültigen Angaben machen. Als wichtiges Hilfsmittel können gewisse Eigentümlichkeiten in Betracht kommen, ganz besonders Fremdkörper, die in die Narbe einheilen und ihrer Natur nach auf einen bestimmten Ursprung der Narbe hinweisen. Verfasser führt einen Fall an, welcher die Bedeutung der Altersbestimmung veranschaulicht. Es handelt sich um einen Mörder, welcher behauptete, von seinem Opfer über den Kopf geschlagen zu sein, wodurch er eine Narbe davongetragen habe. Die Zeit, in welcher die Tat geschah, lag sieben Monate zurück. Die histologische Untersuchung der Narbe ergab aber das Vorhandensein eines dicken, aus unregelmäßig verflochtenen Bündeln bestehenden Narbengewebes, von gutausgebildeten Papillen und endlich eines besonders in den oberen Schichten sehr entwickelten Netzes von elastischen Fasern. Eine gleichzeitige Einlagerung feinster Kohle- und Mineralsplitter ließ auf eine Verzögerung der Narbenentwicklung schließen. Demnach mußte die Narbe augenscheinlich älter als sieben Monate sein. Außer diesen ist noch ein weiteres Kriterium geeignet. Bei Anwendung der Polarisation erweisen sich die Bindegewebszüge älterer Narben, wie normal, stark doppelbrechend. Für die Beurteilung sind v. Schröters Angaben wichtig, denen zufolge fünfwöchige Narben schon die Anfänge der Elastinbildung, während $^1/_4$—$^1/_2$jährige reichliche Mengen aufweisen, obwohl

Digitized by Google

eine einjährige Laparotomienarbe noch eine sehr geringe Entwicklung von elastischen Elementen zeigte. H. Vörner-Leipzig.

Über experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen und Vervielfachungen des Medullarrohres („Polymyelie") bei Hühnerembryonen, von Ludwig Waelsch-Prag. (Arch. f. Entw., 1914, Bd. 38, H. 4.) Im Anschluß an Untersuchungen Fischers injizierte W. das Scharlachöl unter die Keimscheibe von Hühnerembryonen. Als regelmäßige Folge erzielte er eine Beeinflussung des Ektoderms und ganz besonders der Anlage des zentralen Nervensystems, in welchem sich an zahlreichen Stellen eine Tendenz zur Einfaltung, zur Bildung von Epithelröhren zeigte. Die Steigerung der Produktionsfähigkeit führte am Kopf zum Wachstum der Hirnanlage in die Flächen- und Dickendimension, am Rumpfe zur Bildung einer ektodermalen Zellmasse mit einer Vielzahl von Rückenmarksrohren. Es handelt sich dabei nicht um einfache Zellproduktion, sondern auch um die Entfaltung einer dieser Zellen zukommenden organbildenden Kraft. Das Entoderm innerhalb des Embryos selbst hingegen verhält sich gegenüber dem gesetzten Reize passiv, während an den außerhalb der Embryonalanlage befindlichen Ektodermpartien im wesentlichen immer nur eine Vermehrung der Zellenzahl ohne Tendenz zur Organbildung auftritt. Im Vergleich seiner Befunde mit solchen auf der menschlichen Pathologie (Diplomyelie, Hydromyelie, Syringomyelie) kommt W. zu dem Schluß, daß angeborene und frühzeitig angelegte Diplo-, Hydro- und vielleicht auch gewisse Fälle von Syringomyelien beim Menschen unter anderem auch durch einen Reiz verursacht werden können, der zunächst nur eine regere Zellvermehrung innerhalb der Medullaranlage auslöst. In den auf diese Weise entstandenen Zellmassen kommt es dann kraft der ihnen selbst innewohnenden organbildenden Potenz zur Entwicklung von mehr als einem Zentralkanal und damit zur Anlage der genannten Entwicklungsanomalien. O. Gans-Hamburg.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Allgemeinbehandlung von Hautkrankheiten, von Fr. Luithlen. (W. m. W., 1914, Nr. 32 und 33.) Hautentzündungen entwickeln sich auf der Basis erhöhter Empfindlichkeit. Zu ihrer Bekämpfung dienen ältere diätetische Maßnahmen wie auch modernere, z. B. stickstoffarme Kost bei Urtikaria und Psoriasis. Die vegetabilische Kost, welche hierbei in Frage kommt, besitzt ihren Wert in dem Reichtum an Mineralien, vor allem an Kalzium. Die mit diesem Mittel selbst von Wright empfohlene Therapie ist kontraindiziert bei Urtikaria, Ekzem, Neurodermitis, sobald dieselben durch eine Anazidität des Magens veranlaßt werden. Bei der Dosierung sind nicht zu kleine Dosen, mindestens 5—10 g zu wählen. Die Wirkung beruht auf einer Herabsetzung der Reizbarkeit der Haut, dasselbe gilt von Atophan, $1^1/_2$—3 g täglich. Die Wirkungsweise des Ichthyols, 3 g pro die, dürfte sich im besonderen auf die Gefäße erstrecken. Von größerem Interesse ist die Serumbehandlung, deren Bedeutung auf der parenteralen Einfuhr kolloidaler Substanzen beruht. Zur Verwendung kommen: artfremdes Serum, Pferdeserum (Freund); arteigenes Serum (Linser-Mayer); Eigenserum (Spiethoff); Mischserum Eigen- und Hammelserum, 2:3 (Spiethoff); arteigenes Blut (Prätorius); Eigenblut subkutan (Ravaut) und intravenös (Spiethoff). An Stelle von Serum verwendet Spiethoff auch das Natrium nucleinicum Böhringer mit gutem Erfolg, Bruck den Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion. Ebenso vorteilhaft sind wiederholte Aderlässe Der erzielte Flüssigkeitsverlust wird rasch ersetzt, indem das Gewebe Plasma abgibt. Sein Eintritt in die Blutbahn wirkt wie Eigenserum. Gute Resultate sind für die letzte Methode besonders bei

Digitized by Google

Autointoxikationen oder infektiös-toxischen Prozessen zu erwarten. Die Verwendung von Chinin gegen Pemphigus ist unsicher im Erfolg. Die Injektion von Blaseninhalt entspricht der Autoserotherapie von GILBERT. Eine ätiotrope, d. h. gegen den Krankheitserreger gerichtete Behandlung erwartet man vom Urotropin und der Salizylsäure (z. B. Herpes zoster). Die Organtherapie leistet Gutes in Darreichung von Ovarialpräparaten bei Menstrualexanthemen und Hauterkrankungen, welche als die Folge von Veränderungen der Genitalorgane anzusehen sind. Bei der Behandlung von Hautblutungen versagten Ergotin, Chinin und Arnika sehr häufig, dagegen ist eine Serumbehandlung zu versuchen. Eine Beeinflussung von Hauteiterungen läßt sich durch Urotropin erzielen. Gegen Furunkulose wirken Hefe, Schwefel, Chinin und WRIGHTsche Vakzinebehandlung. Die Intradermoinjektion von Trichophytin, einem Extrakte aus Trichophytonpilzen, zeitigt gute Resultate bei der Behandlung tieferer Erkrankungen. Bei chronischen Hauterkrankungen ist außer den schon erwähnten Mitteln das Arsen wichtig. Seine günstige Wirkung beruht auf der erhöhten Durchlässigkeit der Gefäße. Die jodwasserstoffsauren Salze wirken teils reizend auf Schleimhäute und Haut, besonders ihre sekretorischen Elemente (Akne), teils auch auf die Schilddrüse, wodurch es zur Vermehrung der N.-Ausscheidung kommt. Auf diese Weise kann sich die günstige Wirkung von Schilddrüsenpräparaten bei Psoriasis erklären. H. Vörner-Leipzig.

Die Chirurgie des praktischen Arztes, von O. NORDMANN-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1914, H. 1, 7, 8, 9, 16, 17.) Wir wollen hier aus den kurzen, prägnanten Hinweisen NORDMANNS für die Chirurgie des praktischen Arztes nur die Kapitel besprechen, die quasi die Grenzgebiete betreffen und häufig in der Sprechstunde der Dermatologen vorkommen, z. B: 1. Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. In jedem Falle Urin untersuchen. Keine Polypragmasie, d. h. nicht viel drücken und quetschen. Beim einfachen Furunkel Bepinselung desselben mit 5% Jodlösung nach Rasieren der ganzen Umgebung in großer Ausdehnung und Reinigen derselben mit Benzin; dann einen Versuch, die Decke des Furunkels mit chirurgischer Pinzette abzuheben und Saugen dreimal je drei Minuten mit je zwei Minuten Pause), dann Verband mit Lanolin. NORDMANN widerrät feuchte Verbände, die die Haut mazerieren und an den Haarbälgen in der Umgebung Pusteln entstehen lassen. Nach der Heilung noch einige Zeit weiter rasieren und regelmäßig die Haut mit Alkohol abreiben lassen. Bei größeren, tiefer sitzenden muß eine Inzision im Chlor-Äthyl-Rausch oder totaler Narkose gemacht werden und dann saugen, tamponieren, Verbände wie oben. Besonders unangenehm sind die Furunkel im Gesicht. Bei allgemeiner Furunkulose, die häufig sehr hartnäckig ist, ist Allgemeinbehandlung nötig (bei Diabetes allmähliches Zuckerfreimachen des Körpers). Bäder, Diät (keine fettreiche Nahrung, besonders kein Schweinefett): von den Hefe-Präparaten hält der Verfasser wenig; er hält sie eventuell nur wegen ihrer laxierenden Wirkung für nützlich. Lokal: Rasieren, ev. im Chloräthylrausch, dann mit Spirit. dilut. waschen, dann die einzelnen Furunkel eröffnen, entweder mit chirurgischer Pinzette oder Inzision; sämtliche Furunkel mit Phenolkampfer (Acid. carbol. liquef. 15,0, Camph. trit. 30,0, Alkohol absolut. 5,0) betupfen; letzteres Mittel ist nach den Erfahrungen NORDMANNS geeignet, kleine Furunkel zum Rückgange zu bringen und die Weiterverbreitung aufzuhalten; nach Eintrocknen der Lösung ein Verband mit 10% Ichthyol-Vaseline oder Vaseline und Lanolin āā. Als Hauptsache betont aber NORDMANN immer wieder das Reinigen der Haut mit Benzin und Alkohol und Rasieren der nachwachsenden Haare und zwar noch längere Zeit nach Heilung der Furunkel.

Bei Karbunkeln empfiehlt NORDMANN die Exstirpation derselben wie bei Tumoren. Im Ätherrausch wird rasiert, gesäubert, mit Jodtinktur bestrichen und kreuzförmig tief inzidiert, dann die vier Hautlappen mit Klemmen fixiert und das ganze, mit Eitertröpf-

Digitized by Google

chen durchsetzte Gewebe bis auf die Faszie exstirpiert. Blutung steht meist auf Tamponade; am besten Beutel von Noviformgaze, dann Verband, dessen obere Lagen häufig gewechselt werden, wobei die Haut stets mit Benzin gereinigt wird, während ein Wechsel der Tamponade nur alle drei Tage notwendig ist. Da Karbunkel besonders bei Diabetikern vorkommen, muß auf die Diät geachtet werden.

2. Die Behandlung der Lymphgefäß- und Lymphdrüsenerkrankung: In dem ersten Abschnitt über die Behandlung der Erkrankungen der Lymphgefäße bringt der Verfasser nichts Neues, da die fast verzweifelten Fälle schwerster Infektion, in denen nach Nordmann das Näsgesche Verfahren (ringförmige Zirkumzision der Haut und des Unterhautzellgewebes bis auf die Faszie, z. B. des Oberarmes), bei uns selten in Betracht kommen dürften. Bei akuter Entzündung der Lymphdrüsen in der Achseldrüse resp. Leistenbeuge widerrät Nordmann entschieden die völlige Ausräumung der Höhlen und Entfernung aller Drüsenpakete, sondern rät nur bei genügender Erweichung die Inzision und eventuell Exstirpation der vereiterten Drüsen. Bei den Drüsen der Achselhöhle kann die Infektion die erste Kette der Drüsen überschreiten und zu tiefer Vereiterung unter dem Pektoralis führen. Bei den Bubonen der Leistenbeugen muß man nach der Eingangspforte der Infektion fahnden (Blennorrhoe, Ulcus molle) und die ursprüngliche Erkrankung stets sorgfältig mit behandeln. Bei erweichten, stellenweise fistulös nach außen durchgebrochenen Bubonen: Inzision und mittels der Cooperschen Schere Entfernung des eingeschmolzenen nekrotischen Drüsengewebes; Tamponade mit Jodoformgaze und Verband; dessen obere Schichten, so bald sie durchfeuchtet sind, wechseln, die Gaze in der Tiefe alle 5—6 Tage erneuern. Bei jedem Verband sorgfältige Hautpflege mit Benzin und Puder, da gerade diese Gegend eine Prädilektionsstelle für Erysipel ist. Die in den folgenden Arbeiten noch gegebenen Winke für die Narkose sind zwar sehr wertvoll, liegen aber unserem Gebiete etwas zu fern, um sich an dieser Stelle zum Referieren zu eignen. O. Lasch-Breslau.

Kosmetik und Anatomie, von Edmund Saalfeld-Berlin. (W. kl. W., 1914, Nr. 24.) Verfasser bespricht die die Objekte der Kosmetik bildenden Hautaffektionen als Akne, Warzen, Pigmentvermehrung, Blutgefäßanomalien, Haarausfall. Er geht hierbei von den ihnen zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen aus und weist bei Besprechung der therapeutischen Eingriffe immer darauf hin, in welcher Weise die Therapie zu handhaben ist, um nicht als fragliche kosmetische Resultate häßliche Narben zu erhalten. E. Klemm-Leipzig.

Die Austrocknungsmethode zur Behandlung von kongenitalen und späteren Gewächsen auf der Haut und den Schleimhäuten, von W. L. Clark-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 12. Sept. 1914.) Diese vom Verfasser seit sechs Jahren geübte Methode der Beseitigung von Neubildungen durch Austrocknen mittels statischer Elektrizität bietet, wie hier dargelegt wird, verschiedene recht erhebliche Vorteile. Es ist allerdings dazu eine nicht ganz einfache Einrichtung nötig, um den hochgespannten Strom genau manipulieren zu können, denn es kommt dabei darauf an, durch die starke Erwärmung die Tumorzellen zum Absterben zu bringen, ohne eine Verbrennung oder Verkohlung zu bewirken, und das Verfahren unterscheidet sich demnach prinzipiell sowohl von der Fulguration als auch von der Elektrolyse und der Diathermie. Bei Tumoren, welche mit gesunder Haut bedeckt sind, wird man das Verfahren nur ganz ausnahmsweise anwenden, da diese dabei auch vernichtet werden würde, aber bei lokalisiertem Epitheliom der Haut und Ulcus rodens, ferner bei Warzen, Molen, Keratosen, Naevus pigmentosus und vascularis, sowie bei Keloiden und bei Wucherungen auf der Schleimhaut der Urethra und anderer Organe hat Verfasser gute und auch kosmetisch befriedigende Resultate erzielt. Im allgemeinen

Digitized by Google

ist der dabei verursachte Schmerz nicht übermäßig, gelegentlich wurde aber lokale oder eine leichte allgemeine Anästhesierung angezeigt gefunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Epithelisierende Wirkung der Aminoazobenzole, von LEONARDO MARTINOTTI. (B. kl. W., 1914, Nr. 31.) Die Farbstoffe, die dem Aminoazotoluol und dem Aminoazobenzol angehören, haben alle stark epithelisierende Eigenschaften; bei den letzteren ist sie stärker als bei ersteren. Am besten wirkt das salzsaure Diaminoarsenobenzol oder Chrysoidin, und zwar in wässeriger Lösung. Den Mechanismus dieser Wirkung sieht Verfasser darin, daß diese Farbstoffe eine starke Affinität zu den Fetten haben, sich auf diesen fixieren und diese in Gegenwart eines energischen Oxydans unlöslich machen. Der Entziehung oder Unlöslichmachung der Fette des Epithelgewebes würde eine aktive Epithelwucherung entsprechen.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Überhäutung großer Hautdefekte unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Pellidol und Azedolen, von R. POLLAND-Graz. (W. m. W., 1913, S. 56—59.) Zur Reinigung der Wunden wird Wasserstoffsuperoxyd, Sol. Kalii permangan. und Novojodin empfohlen. Unterstützend wirkt die Heißluftdusche. Zur Anregung der Granulation dient Wasserstoffsuperoxyd, Zinkoxyd (Ektoganverband) und wieder die Heißluftdusche, und zur Reduzierung der übermäßigen Granulationsbildung das Argentum nitricum. Zur Epithelisierung kamen die Scharlachrotpräparate auf, welche aber von dem Diazetylderivat des Amidoazotoluol (Pellidol) und dem Azodolen (Pellidol plus Jodolen) wesentlich übertroffen werden. Durch die Verwendung dieser Präparate wird die Heilungsdauer von Hautdefekten um 30—50% herabgesetzt.

H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung verschiedener Hautdefekte mit Scharlachrotsalbe, von TSCHERKASSOW. (Wratschebaya Gaseta, 1913, Nr. 43.) Die Überschrift besagt alles.

A. Jordan-Moskau.

Die Verwendung von kleinen dicken Hauttransplantationen, von J. S. DAVIS-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Das von D. empfohlene Verfahren bezweckt, bei den Hautverpflanzungen möglichst viel vom Derma auf die zu bedeckende Fläche zu übertragen. Mit einer in einer Arterienklemme fixierten geraden Darmnadel wird die Haut des Gebers angestochen und zu einem kleinen Kegel emporgezogen; durch einen parallel zur Hautoberfläche geführten Schnitt trägt man einen möglichst großen Teil der Kegelspitze ab und überträgt ihn ohne weiteres auf die zu bedeckende Stelle; es sind natürlich sehr viele solche kleinen Hautstückchen zur Bedeckung eines irgendwie größeren Gebietes nötig; man legt sie in Abständen von nicht mehr als 5 mm reihenweise an; sobald zwei Reihen vollständig sind, werden sie mit einem Streifen trockenem Guttaperchapapier bedeckt und fest durch Aufdrücken mit einem Gazebausch angedrückt. Die überstehenden Ränder aus Guttaperchapapier werden mit Chloroform an die Haut angeklebt. Verbandwechsel am zweiten oder dritten Tage.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Verwendung von Hauttransplantationen bei der ambulanten Behandlung von Ulzerationen, von J. S. DAVIS-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 13. Feb. 1915.) Im Laufe der letzten 14 Monate hat Verfasser 50 poliklinische Fälle mit verschiedenartigen, zum Teil sehr ausgedehnten Ulzerationen mit autogenen Hautverpflanzungen behandelt. Das Resultat lautet: Heilungen 36, Gebesserte 9, Ungebesserte 5. Bei 48 Patienten kamen die kleinen tiefentnommenen Hautstücke in Anwendung. Als erste Bedeckung nach dem Aufsetzen der Verpflanzungen dienten entweder dach-

Digitized by Google

ziegelförmig angelegte Streifen von Guttapercha oder eine Lage von wasserdichtem Netzgewebe. Darauf folgte eine Mullbedeckung und zum Befestigen eine genügende Menge von Heftpflasterstreifen. Darüber folgten weitere Mulllagen, Mullbinde und schließlich eine Gazebinde. Keiner von den so behandelten Kranken hat eine Unterbrechung der Berufstätigkeit erlitten. A. Philippi-Salzschlirf.

Mineralwasserbehandlung der squamösen Dermatosen, von Jaime Peyri Rocamora. (IX. Congr. int. die Hidrolog., Climatol., y Geol. 1914.) Da der Verhornungsprozeß am besten durch die Balneotherapie beeinflußt werden kann, sind die squamösen Dermatosen das Hauptanwendungsgebiet der Mineralwasserbehandlung. Bei der Auswahl der Quelle muß man in erster Linie die Art der Dermatose, in zweiter Linie die Reaktionsfähigkeit der Haut in Betracht ziehen. Man wird deshalb der topischen Behandlung den Vorzug geben; wenn aber in einem Badeorte verschiedene Quellen vorhanden sind, kann man eine Allgemeinbehandlung gleichzeitig durchführen. Der ersteren Indikation genügen Schwefelwässer, namentlich solche, die auch Arsen enthalten. Salzhaltige Wässer kommen für die zweite Indikation in Betracht. R. Frühwald-Leipzig.

Indikationen der Mineralwässer bei der Behandlung von Hautkrankheiten und Syphilis, von P. Jourdanet. (Prov. méd., 1914, Nr. 29.) Aufzählung und kurze Besprechung der französischen Badeorte, die bei Dermatosen und Syphilis eine Heilwirkung entfalten können. R. Frühwald-Leipzig.

Über die geschichtliche Entwicklung und den heutigen Stand der Vakzinebehandlung, von H. Schweder. (Ther. Mh., Febr. 1914.) Die Behandlung gipfelt in dem Satze, daß eine Schutzimpfung bisher sich nur bei Hunden mit Blattern und Diphtherie bewährt habe und diejenige des Typhus am meisten Aussicht habe, von Erfolg begleitet zu sein. Die Vakzinebehandlung bei lokal umschriebenen Prozessen wie Epididymitis, Prostatitis, Arthritis gon., Furunkulose, Sycosis parasit. dürfte allen anderen Verfahren zurzeit überlegen sein. Peyser-Harburg.

Mitteilungen über experimentelle Vakzine, von H. A. Gins. (B. kl. W., 1914, Nr. 9.) Verfassers Versuche führen zu dem Resultat, daß der Äther für das Vakzinevirus keineswegs indifferent ist. Er schädigt das Virus regelmäßig in mehr oder weniger kurzer Zeit, manchmal schon nach 24 Stunden. In allen weiteren Versuchen ist es Verfasser gelungen, durch Schütteln mit Kaolin das Vakzinevirus aus verdünnter Lymphe fast oder ganz quantitativ auszufällen und sein Vorhandensein in dem Kaolinsediment nach scharfem Zentrifugieren nachzuweisen, während die überstehende Flüssigkeit fast immer von Virus frei war. G. Heymann-Elbing.

Über Opsonine und Vakzinetherapie, von Friedemann. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., Jahrg. 1914, Nr. 16.) Zusammenfassende Übersicht. Nichts wesentlich Neues. W. Haas-Hamburg.

Die Verwendung von Autoserum bei dermatologischen Erkrankungen, von W. S. Gottheil und D. L. Sahnstein-New York. (J. Am. m. Assoc., 3. Okt. 1914.) Verfasser bestätigen auf Grund ihrer Erfahrungen bei 18 Fällen die von anderen Verfassern beschriebene Wirksamkeit der Injektion von autogenem Serum sehr entschieden. Es handelte sich bei ihren Fällen zwölfmal um Psoriasis, zweimal um Röntgendermatitis und bei den anderen Fällen um Furunkulose, chronische Urtikaria, Acne pustulosa und Lichen planus. Nachteilige Wirkungen wurden nur bei dem einen (sehr schweren) Fall von Radiodermatitis konstatiert. Der leukämische Patient bot nach der fünften und sechsten Injektion Symptome der Anaphylaxie dar, doch war das Endresultat über alles Erwarten gut. Besonders günstig waren die

Digitized by Google

Resultate bei der Psoriasis. Man gab in Zwischenräumen von 5—7 Tagen in der Regel 4—6 Injektionen ohne weitere Behandlung außer Bädern und Abseifungen; nach Beendigung der Serumkur wurde der Körper mit einer schwachen (2—3%igen) Chrysarobinsalbe und die Hände und der Kopf mit einer ebenso schwachen weißen Präzipitatsalbe behandelt, was in der Regel alle Läsionen im Laufe von 3—8 Tagen glatt beseitigte. Allerdings ist es nicht möglich, über die Beständigkeit der Heilung etwas anzugeben. Die meisten dieser Psoriasiskranken waren aber schon sehr lange affiziert gewesen und hatten viele Kuren vergeblich durchgemacht. Verfasser empfehlen die Verwendung von möglichst ausgiebigen Serummengen (bis zu 80 und 90 ccm) und entnehmen zu diesem Zwecke bis zu 200 ccm Blut. Die Verwendung von ziemlich weiten Platinakanülen erleichtert dies bedeutend. Ihre elektrisch betriebene Zentrifuge macht 5000 Umdrehungen in der Minute.

A. Philippi-Salzschlirf.

Welche Stellung nimmt gegenwärtig die Behandlung mit Autoserum in der Dermatologie ein? von M. L. Ravitch-Louisville. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 15) Aus der Literatur hat Verfasser Berichte über mehr als 5000 Injektionen gesammelt, und er entnimmt aus diesen sowie aus seinen eigenen ziemlich umfangreichen Erfahrungen mit dieser speziellen Methode, daß dieselbe höchstens bei einigen wenigen Fällen sich wirksam erweist und für eine allgemein verbreitete Anwendung nicht zu empfehlen ist. Abgesehen von den technischen Schwierigkeiten spreche gegen das Verfahren die Beobachtung, daß nach R.s Erfahrungen dasselbe bei Urtikaria und Ekzem ihm völlig versagt hat, und bei Psoriasis ohne gleichzeitige Anwendung einer 2%igen Chrysarobinsalbe auch nur negative Resultate konstatiert wurden. Injektionen von artifiziellem Serum mit oder ohne Lezithinzusatz sowie intramuskuläre Injektionen von Natrium- und Quecksilberkakodylat schienen ebenso gute Resultate zu liefern. Auffallend war allerdings die günstige Wirkung der Autoseruminjektion auf eine Psoriasis von 30jähriger Dauer bei einem 60jährigen Herrn. Vorläufig ist bei sehr milder Chrysarobinbehandlung der Patient rezidivfrei geblieben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Lichttherapie, von J. Peyri. (La Rev. Therapia, 1913.) Zusammenfassendes Referat für den 6. internat. Kongreß für Elektrologie und Radiologie. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, Heft 1.) Verfasser bestrahlte 16 Patienten, die zum Teil 10—15 Jahre lang an chronischem Ekzem litten. Die Resultate waren durchweg gut, so daß Verfasser die Methode zu weiterer Nachprüfung empfiehlt. Er bediente sich eines 1 mm dicken Aluminiumfilters und applizierte in jeder Sitzung eine halbe Volldose, in Zwischenräumen von je einer Woche folgten drei weitere Bestrahlungen, bis der Patient in drei Wochen zwei Volldosen erhalten hatte, alsdann trat eine Pause von drei Wochen ein. Abgesehen von leichteren Pigmentationen trat nur in einem Falle eine Reaktion ein, der allerdings experimenti causa 2½ Volldosen erhalten hatte. Es zeigte sich eine deutliche Reaktion zweiten Grades, die in zwei Wochen abheilte. Mit der Röntgenbehandlung der Psoriasis nach L. Freund hatte dagegen M. wenig Glück. Die Methode besteht darin, daß sämtliche Psoriasisherde vermittels des scharfen Löffels ausgekratzt werden und dann sofort ²/₃—1 Volldose erhalten. Durch das Abkratzen der Schuppen soll eine größere Tiefenwirkung erzielt und dadurch die Rezidive zurückgehalten werden. Verfasser hat das Verfahren an sechs Patienten nachgeprüft, sämtliche bekamen in kürzester Frist ihr Rezidiv. (Hoffentlich bekommen sie nicht auch noch eine Atrophie. Die Volldosis bei dem

Digitized by Google

hochempfindlichen Psoriasisgewebe zu geben ist nicht ganz unbedenklich. D. R.) Auch bei Verwendung von Filtern verschiedener Dicke blieb das Rezidiv nicht aus.

H. Rausch-Darmstadt.

Über Dosierung der Röntgenstrahlen, von KARL STERN-Fürth i. B. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) STERN weist auf die große Wichtigkeit der richtigen Dosierung bei Anwendung von Röntgenstrahlen hin; das von HOLZKNECHT modifizierte SABOURAUDsche Dosimeter hält er für das beste; dasselbe gestattet aber nicht, Zwischendosen, mit denen man in der Dermatologie besonders arbeitet, abzulesen. Aus diesem Grunde empfiehlt STERN die von MEYER angegebene Modifikation des SABOURAUDschen Dosimeters, mittels deren man auch die kleinen Zwischendosen mit großer Exaktheit ablesen kann, und welche billiger ist als das HOLZKNECHTsche Verfahren. STERN selbst hat nun das MEYERsche Verfahren, das nur für die BURGERsche Zentraltherapieröhre verwendbar ist, ein wenig geändert, so daß es bei allen Röhren benutzbar ist und der Preis des ganzen Apparates sich billig stellt.

O. Lasch-Breslau.

Zur Dosierung der Röntgenstrahlen, von GUNSETT-Straßburg. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 6.) G. empfiehlt angelegentlichst den Gebrauch der von HANS MEYER-Kiel aufgestellten und in die Praxis eingeführten Tabelle beim Gebrauch des Radiometers von SABOURAUD und NOIRÉ. Das SABOURAUDsche Dosimeter hat den Nachteil, daß es nur die Ablesung einer einzigen Strahlendosis gestattet, welche zehnmal der KIENBÖCK-Skala entspricht. Das Wesentliche der Modifikation besteht nun darin, daß die Fokusdosimeterdistanz variiert wird, während die Fokushautdistanz konstant bleibt. Auf einer Tabelle liest man die zu einer zu applizierenden Dosis zugehörige Fokusdosimeterdistanz ab und bestrahlt nun bis zur Teinte B des SABOURAUDschen Blättchens. Zum Ablesen der Tabletten wird die KRÜGERsche Lampe empfohlen.

E. Brinitzer-Altona.

Oberflächentherapie mit hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen speziell bei Kankroiden und bei der Hypertrichose, von A. GUNSETT-Straßburg. (Strahlenther., Bd. 5, Heft 1.) Verfasser beschreibt sechs Fälle von Hautepitheliomen, die er mit hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen geheilt. Er hält sich dabei genau an die Technik von NOGIER und REGAUD, welche empfehlen, bei 4 mm-Aluminiumfilter auf einmal die mit der Integrität der normalen Zelle noch vereinbare Maximaldosis zu geben. Dies ist die Teinte III (BORDIER) = ungefähr 40 x. Weiter teilt Verfasser einen von ihm behandelten Fall von Hypertrichosis mit. Auch hier ist er der Vorschrift von NOGIER und REGAUD gefolgt. Bei der Therapie der Hypertrichosis handelt es sich darum, die Keimschicht der Hautpapille durch eine einzige Dosis zu zerstören. Bei Anwendung eines Filters von 4 mm Aluminium liegt diese Epilationsdosis bei 35—40 x. Es tritt bei diesen Dosen nur ein Erythem auf, das ohne Schädigung abheilen und keine Spätfolgen (Atrophie, Teleangiektasiebildung) hinterlassen soll. Verfasser bestrahlte aus 18 cm Fokushautdistanz, und zwar erst das Kinn, dann jede Wange für sich. Jedes Feld bekam unter 4 mm Alum. 40 x. Zur Messung kann man dabei sehr gut die SABOURAUD-Pastille verwenden. Legt man die Tablette direkt auf die Haut und bestrahlt, bis Teinte B erreicht ist, so hat man die Dosis 40 x appliziert. Vierzehn Tage nach der Bestrahlung trat ein leichtes, dunkelrotes Erythem auf und gleichzeitig fielen sämtliche Haare aus. Nach sechs Wochen war nur noch eine geringe Pigmentierung vorhanden, die kleinen Lanugohärchen blieben erhalten. Ob nicht später doch noch Atrophie sich einstellt, muß abgewartet werden, das Bestehenbleiben der Lanugohärchen ist prognostisch günstig. Am Schluß der Arbeit erwähnt Verfasser noch einen Fall von Lupus

Digitized by Google

erythematosus, den er ebenfalls durch 4 mm Aluminium filtrierte Strahlen mit einer Dosis von 35 x behandelte. Es trat völlige Heilung ein, die auch sechs Monate nach der Bestrahlung noch standgehalten. H. Rausch-Darmstadt.

Radium und die Röntgenstrahlen in der Strahlentherapie, von W. S. Newcomer-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Verfasser bespricht die speziellen Eigenschaften dieser zwei Strahlenarten und schildert einige damit erzielte beachtenswerte Resultate. Die Radiumbehandlung hat sich (wie bekannt) manchmal wirksam erwiesen, wo die Röntgenbestrahlung versagte, und vice versa. Bei Molen und Nävi, besonders dem Naevus flammeus, ergebe aber die Radiumbehandlung durchweg die besseren Resultate. A. Philippi-Salzschlirf.

Rotationsapparat für Radiumbestrahlung, von Weckowski-Breslau. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Verfasser hat einen Apparat konstruiert, mit dem man infolge einer automatisch sich bewegenden Drehscheibe in der Lage ist, Tumoren in großer Ausdehnung zu bedecken, ohne die Präparate selbst zu verschieben. Die Befestigung des Apparates erfolgt durch Gurte in zuverlässiger Weise, so daß der Patient sich bequem frei bewegen kann. Besondere Vorzüge hat der Apparat noch bei Bestrahlung in der Tiefe liegender Tumoren, indem alle Stellen der Haut eine annähernd gleiche Strahlenbelastung erleiden. G. Heymann-Elbing.

Radium; dessen Wirkungsgebiet in der Dermatologie, von F. E. Simpson-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Gute Resultate sind erzielt worden bei Epitheliomen, bei Lupus erythematosus und bei Angiomen, namentlich den „Portweinflecken". Verfasser bevorzugt die gefirnißten Applikatoren, teils mit metallenen, teils mit leinenen Schildern, wobei das Radiumsalz (für die vollgradige Applikation) so verteilt ist, daß 10 mg desselben auf je 1 qcm Fläche kommen. Als Blenden wurden meist solche von Aluminium oder Silber verwendet nebst einer Hülle von 5—10 Schichten von schwarzem Papier zur Aufnahme der sekundären Strahlen. Bei Epitheliomen, von denen S. etwa 40 meistens erfolgreich behandelt hat, kann man für Tumoren von 2—3 cm Durchmesser Sitzungen von einstündiger Dauer bei Viertelstärke ohne Blenden verabreichen und auf diese Weise mit fünf bis sechs Applikationen Heilung erzielen; doch ist die Verwendung einer Silberblende von 0,1 mm Dicke vorzuziehen. Desgleichen empfiehlt sich auch die Verwendung von Blenden der gleichen Art beim Lupus erythematosus. Man kann Applikatoren von $^1/_4$—$^1/_2$ Stärke wählen und die Bestrahlung im Laufe von 14 Tagen auf vier bis sechs Stunden ausdehnen. Für die Feuermale empfiehlt Verfasser öftere Wiederholungen der Bestrahlung mit Applikatoren von $^1/_{20}$ Stärke und Aluminiumblenden von 0,01 mm Dicke. A. Philippi-Salzschlirf.

Der relative Wert des Radiums in der Dermatologie, von A. F. Holding-New York. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) In allgemeinen Umrissen vergleicht Verfasser das Radium mit der Röntgenbehandlung, den ultravioletten Strahlen, der elektrischen Desikkationsmethode nach Clark, der chirurgischen Excheirese und der Anwendung des Thermokauters, des Kohlensäureschnees und von chemischen Ätzmitteln in bezug auf dermatologische Läsionen wie Hauttumoren, Nävi, Lupus, Keloid usw. usw. Er hat die Verwendung von Glasröhrchen, die, mit Emanation gefüllt, 24 Stunden lang wirksam bleiben, an Stelle des Radiums in Substanz sehr brauchbar gefunden. A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht des Radiuminstitutes in London, von Hayward Pinch. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Die Resultate bei dermatologischen Fällen waren durchgehends nicht besonders befriedigend, besser war die palliative Wirkung bei inoperabeln Tumoren. H. Boas-Kopenhagen.

Digitized by Google

Die Radiumbehandlung in „The Royal Infirmary" in Edinburgh im Jahre 1914, von DAWSON TURNER. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Kasuistik, besonders von chirurgischen Fällen. Bemerkenswert ist, daß die Resultate bei Epitheliomen im Gesicht nicht besonders erfolgreich waren. H. Boas-Kopenhagen.

Theorie und Technik einer neuen Radiumtherapie nebst Mitteilungen über eine Reihe von Fällen, die während der letzten neun Monate behandelt worden sind, von W. C. STEVENSON. (Dublin M. J., 1915, S. 177—190.) Beschreibt einige technische Neuigkeiten, die zum kurzen Referat nicht geeignet sind. Ein Fall vom sehr verbreiteten Epitheliom der rechten Tonsille schwand sehr prompt während der Behandlung; zahlreiche andere Patienten sind noch in Behandlung, so daß die Resultate noch nicht beurteilt werden können. H. Boas-Kopenhagen.

Zur biologischen Wirkung des Quarzlampenlichtes, von WALTER CARL-Königsberg i. Pr. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) Verfasser hat den Einfluß der medizinischen Quarzlampe auf das Auskeimen und erste Wachstum von Weizenkörnern studiert. Es zeigte sich, daß die ultravioletten Strahlen, so wie sie für die Therapie zur Verwendung kommen, schädlich einwirken auf die Keime von Pflanzen und auf die Entwicklung der jungen Pflanzen in der ersten Zeit nach der Auskeimung. Die bestrahlte Weizensaat blieb im Wachstum ganz erheblich hinter der nicht bestrahlten Kontrollsaat zurück. Da eine Temperatursteigerung nicht in Betracht kommt (bestrahlt wurde aus 1 m Entfernung), so muß die festgestellte Schädigung des Quecksilberdampflichtes wohl allein dem chemischen Einfluß der ultravioletten Strahlen zugeschrieben werden. H. Rausch-Darmstadt.

Einige Erfahrungen mit der BACHschen Quecksilberdampflampe „künstliche Höhensonne", von HINDENBERG-Strelitz. (Allg. m. Ztg., 1914, Nr. 28 u. 29.) Besonders günstigen Erfolg hatte der Verfasser bei Alopecia areata, Akne auf Brust und Rücken, Ulcus cruris, Exkoriation neben der Nasenwurzel. Fast in allen Fällen ist die schmerzlindernde und schmerzstillende Eigenschaft der Bestrahlungsbehandlung festgestellt. Besonders geeignet erscheine für diese Behandlungsart eine Gruppe von Hautkrankheiten, Drüsenentzündungen und Knochenauftreibungen. Als Nebenbefund konstatiert der Verfasser vermehrte Diurese nach Bestrahlungen der Rückenpartien, ebenso einen günstigen Einfluß auf die Bronchien.

W. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Das rapide Anwachsen der Pellagra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ergibt sich neuerlich aus dem Berichte der Sanitätsbehörde des Staates Mississippi, wo im April d. J. 1299 Fälle gezählt wurden.

Die italienischen Ärzte, welche bislang an der alle drei Jahre stattfindenden nationalen Pellagrakonferenz in Columbia, South Carolina, U.S.A. anwesend waren, haben für heuer wegen der kriegerischen Ereignisse ihre Teilnahme abgesagt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. September 1915 | Nr. 36 | Band 61

Gonorrhoe der weiblichen Genitalia interna[1]).

Von

Prof. E. Pontoppidan,
Primararzt des Rud. Bergh's Hospital in Kopenhagen.

Die Frage der Bedeutung der weiblichen Gonorrhoe, besonders der Lokalisation an Uterus und Adnexen, ist nicht sehr alt. Die Ursache war wohl teilweise eine mangelhafte Untersuchungstechnik, indem Vaginalspekulum und Vaginalexploration erst in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in allgemeine Anwendung kamen. Deshalb wurden diese Affektionen entweder gar nicht erkannt oder doch falsch gedeutet. Von den Venerologen wurden die Endometriten und Adnexaffektionen, wenn sie überhaupt als solche erkannt wurden, nicht als Symptome und kaum als Folgekrankheiten der Gonorrhoe aufgefaßt, sondern als Unterleibsleiden von ganz anderer Provenienz. Wenn man z. B. die Krankheitsbeschreibungen in Hassings Disputatio „de colica scortorum" 1848 liest, wird man nicht darüber im Zweifel sein, daß es sich um akute Salpingiten und andere Adnexleiden handelt, aber der doch venerologisch geschulte Verfasser bringt die Fälle überhaupt nicht in Beziehung zu der Blennorrhagie, sondern sucht die Ursache in ganz anderen Verhältnissen und besonders in der ganz speziellen Lebensweise der Patientinnen. Vidal (1853) hat wenigstens ein aufkeimendes Verständnis von dem Fortschreiten der Blennorrhagie zu den Salpinges und zum Abdomen und referiert Merciers Autopsie eines an Typhus gestorbenen jungen Mädchens mit Blennorrhagie der Salpinges als Beweis für die Möglichkeit einer solchen Propagation und ihre Bedeutung für den einzelnen Fall. Die allgemeine Tragweite wurde noch nicht erkannt.

Dasselbe gilt für die Gynäkologen dieser Periode, wenngleich einzelne, wie Goupil, West u. a., den Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und Beckenleiden erwähnen, doch tun sie dies jedoch ohne rechte Überzeugung und besonderes Gewicht. Noeggerath war der erste, der seine bekannten Theorien über latente Gonorrhoe und deren große Bedeutung für die weiblichen Beckenerkrankungen (1872) publizierte; seine Ideen

[1]) Vortrag, gehalten im Kopenhagener Ärzte-Verein.

Digitized by Google

wurden von SCHWARZ, SÄNGER u. a. aufgenommen und durch mehr stringente, wissenschaftliche Untersuchungen begründet.

Es ist ganz interessant und lehrreich daran zu erinnern, wie dieser damals neue Standpunkt hier in unserem Verein 1886 verteidigt und bekämpft wurde. Der Gynäkologe F. LEVY entwickelte und verteidigte die genannten Theorien, während die Venerologen, besonders RUD. BERGH, gegen die moderne Auffassung scharfen Einspruch erhoben. BERGH war überhaupt nicht davon überzeugt, daß der Gonococcus NEISSER als der spezifische Mikroorganismus der Gonorrhoe zu betrachten sei, und konnte daher dieses problematische Kontagium als Hauptursache der Adnexleiden natürlich nicht anerkennen. Er meinte, daß diese Affektionen von ganz anderen Ursachen abhängig seien und beklagte „die unglücklichen Ehemänner, die neben dem Kreuz, das die Krankheit ihrer Gattinnen ihnen auferlegt, auch noch unverschuldete Selbstvorwürfe zu tragen hätten".

Es ist deshalb nicht zu wundern, wenn die Jahresberichte des neuen Prostitutionshospitals („Vestre Hospital", Primararzt RUD. BERGH) den Uterin- und Adnexleiden einen wenig hervorragenden Platz einräumen. Catarrhus cervicalis wurde nur verhältnismäßig selten notiert — 10 bis 20 bis 30 Fälle pro Jahr in jeder der beiden Abteilungen für eingeschriebene und „heimliche" Prostituierte — und nach Gonokokken wurde nur ausnahmsweise gesucht. Auch Adnexleiden wurden sehr selten nachgewiesen, etwa 3—6 Fälle pro Jahr.

Erst zehn Jahre später, als das Hospital einen neuen ersten Assistenzarzt bekam, der sich speziell für diese Verhältnisse interessierte und methodische Untersuchungen machte, gingen diese Zahlen stark und plötzlich in die Höhe. Da alle ankommenden Patientinnen auf Gonokokken untersucht wurden, stieg die Zahl der Fälle von Endometritis gonorrhoica auf 330 im Jahre 1898 und 426 im Jahre 1899, um sich auf dieser Höhe zu halten. Da zu derselben Zeit die Vaginalexploration, die früher nur ausnahmsweise angewandt worden, jetzt in allen geeigneten Fällen gemacht wurde, stieg die Zahl der Adnexleiden mit einem Schlage auf ca. 40 pro Jahr. Auch diese Salpingiten und Oophoriten, hauptsächlich im Hospital im Anschlusse an Zervikalgonorrhoe entstanden, hielten sich auf derselben Höhe, etwa 10—14 % im Verhältnisse zur Zervikalgonorrhoe.

Diese letzteren wurden durchgehends recht energisch mit intrauterinen Applikationen und Injektionen verschiedener Art, mit Ichthyolbougies, Lapistamponade, Atmokausis usw. behandelt. Sie wurden gewöhnlich entlassen, wenn die klinischen Symptome geschwunden und hintereinander zwei negative Resultate der mikroskopischen Sekretuntersuchung erreicht

Digitized by Google

worden waren, was durchschnittlich ca. 30 Tage auf Abteilung I (Scorta) dauerte und etwas länger auf Abteilung II (klandestine Prostituierte).

Diese Verhältnisse hielten sich recht konstant sowohl während der Zeit, da RUD. BERGH das Hospital leitete, als später, als Verfasser die Leitung übernahm. Auch veränderten sie sich nicht wesentlich, nachdem das Hospital nach 1906 mit dem Aufhören der Prostitutionsreglementierung nicht mehr Scorta aufnahm, sondern als gewöhnliches dermatovenerologisches Hospital venerische Weiber aller Art. Ich hatte als Primararzt Gelegenheit, beide Phasen zu verfolgen und zu vergleichen, und mein Eindruck war, daß die Fälle und deren Verlauf meistens unserer früheren Abteilung II entsprachen, was auch zu erwarten wäre, weil die Qualität der Kranken ziemlich dieselbe war, die wir von der Abteilung für klandestine Prostituierte kannten. Vorher und nachher mußte ich mir sagen, daß es wenig ermunternd war, konstatieren zu müssen, daß die Resultate der verschiedenen teilweise recht energischen intrauterinen Behandlungsmethoden fortdauernd wenig erfreulich waren, und daß die Adnexleiden mit zunehmender Häufigkeit auftraten — 1910 mit 24 % der Endometriten.

Diese häufigen und meistenteils mitten im Hospitalsaufenthalte und während der Behandlung entstandenen Adnexleiden mußten mich etwas bedenklich machen, um so mehr, als von gynäkologischer Seite — in einer Sitzung in Stockholm — die Venerologen direkt beschuldigt wurden, durch ihre lokalen Eingriffe die Salpingiten usw. zu provozieren. Ich mußte erwägen, ob die Resultate der intrauterinen Behandlung wirklich das eventuelle Risiko wert wären; als Beitrag zur Lösung der Frage machte ich den Versuch, im August 1911 mit aller intrauterinen Behandlung der Endometriten ganz aufzuhören, um soweit wie möglich zu erfahren, erstens ob diese Behandlung Ursache der Häufigkeit der Salpingiten sei und zweitens, ob deren therapeutische Bedeutung so groß wäre, daß sie als unentbehrlich betrachtet werden müßte.

Nach dem genannten Zeitpunkte wurden dann die Endometriten nur mit Bettruhe, täglicher Vaginalausspülung und Einlegen eines 10 %igen Ichthyol-Glyzerin-Tampons behandelt. Zum Vergleich habe ich zwei Perioden genommen, jede von $1^1/_2$ Jahren, vor und nach August 1911, somit März 1910 bis August 1911 und September 1911 bis Februar 1913 inklusive.

Um die Häufigkeit der im Anschluß an Endometriten entstandenen Salpingiten beurteilen zu können, sind aus den gesamten Fällen von beobachteten Salpingiten diejenigen eliminiert, wo die Adnexerkrankung schon bei der Aufnahme vorhanden war oder in den ersten Tagen konstatiert wurde, und es sind nur jene Fälle aufgenommen, die einige

Digitized by Google

Zeit nach der Aufnahme im Hospital in der gewöhnlichen Weise aufgetreten sind mit Erhöhung der Temperatur, Schmerzen und Empfindlichlichkeit des Abdomens und objektiv durch Exploratio recto-vaginalis konstatiert. In dieser Weise finden wir in 303 Fällen von Endometritis gonorrhoica 55 Fälle von Salpingitis oder Oophoritis. In Beziehung zur Behandlung verteilen sie sich so:

A. Intrauterine Behandlung: 157 Endometriten mit 27 Salpingiten (17,20 %).

B. Keine intrauterine Behandlung: 156 Endometriten mit 28 Salpingiten (19,18 %).

Das Verhältnis zeigt sich somit ziemlich gleich für die beiden Gruppen und kann allenfalls nicht dafür sprechen, daß die interne Behandlung größere Bedeutung als provozierendes Moment bei der Entstehung der Salpingiten hat. Das Resultat war unerwartet, indem es wohl keine der allgemeinen Auffassungen stützt und noch weniger das Postulat, daß die unmittelbare Veranlassung zu den hier referierten Versuchen bildete.

Der Umstand, daß die exspektativ behandelten Fälle relativ ebenso viele Salpingiten zeigen, kann vielleicht die Theorie in Erinnerung bringen, welche als Erklärung für das Zustandekommen der Epididymitis aufgestellt wurde. Sie entsteht z. B. nach LE FORTS Statistik häufig bei Urethriten, die nicht mit Injektionen behandelt worden waren und ebenfalls erfahrungsmäßig bei nicht behandelten Urethriten. Eben bei den unbehandelten oder weniger intensiv behandelten Fällen sollte dann die fehlende Sterilisation der Gonokokken das Eindrängen derselben in die tiefer liegenden Organe begünstigen, auch ohne mechanische Verfahren, wie Einspritzungen oder andere Applikationen. Doch spricht der Umstand, den ich gleich weiter besprechen werde, nämlich daß das Verschwinden der Gonokokken ebenso schnell durch exspektative als bei intrauteriner Behandlung erreicht wird, nicht für eine solche retardierte Sterilisation bei diesen Patienten, welche ruhig und im wesentlichen unbehandelt bei Bettruhe akute Salpingiten in derselben Weise und in relativ der gleichen Zahl bekommen wie die intrauterin behandelten.

Eine andere Erklärung konnte man vielleicht suchen in der Möglichkeit einer indirekten hämatogenen Propagation, welchen Punkt ich später berühren werde.

Wir wenden uns jetzt zum zweiten Teile unseres Themas, zu der vergleichenden Beurteilung der Heilungsresultate der beiden Perioden. Als Basis kann ja die Konstatierung einer wirklichen, definitiven Heilung nicht in Frage kommen, da diese überhaupt sehr schwierig und unter den gegebenen Verhältnissen praktisch unmöglich ist. Ich habe deshalb

Digitized by Google

als Kriterium eine „relative Heilung“ aufgestellt, wenn alle klinischen Symptome geschwunden sind und die Gonokokken im Sekret an zwei aufeinander folgenden Tagen fehlen.

Daß dies keine definitive Heilung bedeutet, wissen wir alle, und ich habe selbst nachgewiesen, als das Hospital noch Prostitutionshospital war (vgl. Jahresbericht für 1904), daß von 48 Patientinnen, die aus der Hospitalbehandlung wegen Gonorrhoe mit zwei ÷ Gonokokken nach Gefängnis oder Arbeitsanstalt entlassen wurden, und die wieder in das Hospital aufgenommen wurden ohne in der Zwischenzeit auf freiem Fuß gewesen zu sein, 28 Fälle, daß ist 58%, bei der neuen Aufnahme Gonokokken hatten.

Deshalb habe ich mich damit begnügen müssen, ein wie erwähnt näher bestimmtes therapeutisches Resultat als Basis eines Vergleiches und Maßstab für den Einfluß der Behandlung auf die Dauer der Krankheit aufzustellen.

In dieser Beziehung zeigt es sich, daß die Fälle von Endometritis gonorrhoica beider Perioden, in allem 303, während 10531 Tage oder durchschnittlich 34,76 Tage behandelt wurden. Um diese statistisch verwerten zu können, mußten selbstverständlich die Fälle eliminiert werden, die aus irgend einer Ursache entlassen sind vor Erreichung der festgestellten „relativen Heilung“. Dadurch wird die Zahl auf 287 reduziert mit 9651 Krankentagen, oder in 2 Gruppen nach Art der Behandlung verteilt:

A. Intrauterine Behandlung: 149 Fälle 5106 Krankheitstage, durchschnittlich 34,37.

B. Keine intrauterine Behandlung: 138 Fälle 4545 Krankheitstage, durchschnittlich 32,21.

Die Dauer der Behandlung scheint also in den zwei Gruppen ziemlich gleich zu sein und wird allenfalls nicht als Beweis für die Notwendigkeit intrauteriner Applikationen dienen können. Vielmehr scheint die einfache Ruhestellung im Bett die verhältnismäßig besten Resultate zu geben.

Als Resultat der hier kurz referierten Versuchsreihe, die sich über drei Jahre erstreckt hat, möchte ich folgendes resümieren.

Die intrauterine Behandlung gonorrhoischer Endometriten hat kaum eine nachweisbare Bedeutung für das Auftreten von Salpingiten und anderen Adnexleiden, indem solche bei exspektativ behandelten Kranken in demselben Maß vorkommen.

Die intrauterine Behandlung hat keine Vorzüge vor der weniger eingreifenden Behandlung rücksichtlich der Erreichung therapeutischer Resultate.

Digitized by Google

Der erste Teil der gewonnenen Erfahrungen war, wie schon gesagt, nicht a priori zu erwarten, indem eine Fortleitung des infektiösen Katarrhs nach den Salpinges durch intrauterine Eingriffe wohl verständlich wäre und gewiß auch vorkommen kann. Doch dürfte es nicht häufig der Fall sein, sonst würde es in meinen Zahlen wohl einen Ausschlag gegeben haben. Es ist ja auch denkbar und möglich, daß ein größerer oder kleinerer Teil der Adnexleiden nicht per continuitatem, sondern durch hämatogene Übertragung entstehen. Die letzten Jahre haben uns ja gezeigt, daß die Gonokokkämie keinesfalls selten ist und daß eine ganze Reihe gonorrhoischer Metastasen auf diesem Wege entstehen. Daß Gonokokkämie bei Salpingiten und Oophoriten sehr oft sich nachweisen läßt, hat man und haben auch wir in Rud. Berghs Hospital gezeigt.

Der andere Teil der gewonnenen Erfahrungen bestätigt nur, was wir schon früher wußten, daß die intrauterinen gonorrhoischen Leiden äußerst refraktär gegen die Behandlung sind, gegen energische Lokaltherapie wie Atmokausis und Fritschs Lapistamponade und mildere Mittel wie Salzsäureinjektionen — vielleicht am wenigsten gegen die letztere. Auch die immer wieder auftauchenden neuen Mittel, wie Lygosinnatrium, Cusylol und viele andere tragen dazu bei, die Situation als recht verzweifelt erscheinen zu lassen.

Wir haben deshalb in den letzten Jahren nach anderen Mitteln gegriffen, die auf anderen Prinzipien beruhen und auf möglicherweise bestehende Gonokokkämie und hämatogene Bahnen Einfluß nehmen. Wir haben deshalb die verschiedenen Vakzinebehandlungsmethoden versuchsweise aufgenommen, und wenn auch unsere therapeutischen Resultate noch nicht spruchreif sind, haben sie doch zu fortgesetzten Versuchen in dieser Richtung ermuntert.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Weitere Versuche über ultraviolettes Licht, von E. Friedberger. (B. kl. W., 1914, Nr. 30). Hier interessieren die Untersuchungen über den Einfluß der ultravioletten Lichtstrahlen auf Ambozeptor, Komplement und Antigen: die ultravioletten Lichtstrahlen zerstören den Ambozeptor, und zwar ist die Intensität der Schädigung abhängig 1. vom Eiweißgehalt der Serumverdünnung, 2. von der Konzentration des Antikörpers im Serum. Komplement wird auch in hypertonischer Lösung intensiv zerstört. Bei der Einwirkung auf das Antigen erleiden gewisse Eigenschaften Veränderungen (Präzipitabilität, Toxizität). Ferner die Untersuchungen über den Einfluß der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht unter gleichzeitiger Verwendung von Farbstoffen auf den Keimgehalt der Mundhöhle: gewisse Farbstoffe, z. B. Eosin,

Digitized by Google

in stärkeren Verdünnungen verstärken die Wirkungen des ultravioletten Lichts auf Vernichtung von Bakterien daselbst in hohem Grade. E. Klemm-Leipzig.

Über Thermopenetration, von A. Laqueur-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Nach einleitenden Worten über das Prinzip der Thermopenetration oder Diathermie und der Wirkung derselben, von der man sich etwas ganz Besonderes deswegen versprochen hatte, weil die Wärme nicht von außen her dem Körper zugeführt, sondern im Körper selbst erzeugt wird, bespricht Laqueur ganz kurz die einzelnen zurzeit im Gebrauch befindlichen Apparate. Dann erwähnt er, daß die Schädigungen, die man von Anwendung der Diathermie befürchtet hatte (z. B. die Gefahr von Thrombosenbildung bei Anwendung in der Nähe von großen Venen, oder die Gefahr vor Darmwandschädigungen bei Anwendung an Bauchorganen usw.), bisher, abgesehen von leichten Hautverbrennungen, nicht beobachtet worden seien. Umgekehrt sind allerdings auch nicht alle Erwartungen, die man an die Thermopenetration geknüpft hatte, in Erfüllung gegangen. Abgesehen von der schmerzstillenden Wirkung bei Gelenkaffektionen, Muskelrheumatismus, hartnäckigen gonorrhoischen Tarsalgien, tabischen Schmerzen, Blasenkrisen und vielen anderen nicht direkt in unser Spezialfach gehörenden Erkrankungen haben für uns besonders folgende Erfahrungen große Bedeutung: die Versuche, bei frischer Blennorrhoe oder akuten, gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen durch Thermopenetration die Gonokokken im lebenden Gewebe abzutöten, sind leider mißlungen. Dagegen sind gute Erfolge zu verzeichnen bei subakuten und älteren gonorrhoischen Erkrankungen der männlichen Genitalien, speziell bei Periurethralinfiltraten, Prostatitis, Cowperitis und bei älteren Nebenhodenentzündungen; hier besonders durch Beförderung der Geschwulstrückbildung, die eventuell für die Prophylaxe der männlichen Sterilität eine große Rolle spielen könnte. Kurz erwähnt sei die Sensibilisierung für die nachfolgende Röntgenbestrahlung durch Diathermie, welche bei der Karzinomtherapie eventuell sehr gute Wirkungen zeitigen könnte. Zum Schluß noch die von de Forest zuerst angewandte unipolare Kaltkauterisation, die sich zur Entfernung operabler Geschwülste, die nicht gerade innerhalb einer der drei großen Körperhöhlen gelegen sind, vorteilhaft verwenden lassen wird. In der Dermatologie hat dieses Verfahren bereits erfolgreiche Anwendung gefunden bei der Behandlung von Hautwarzen, Angiomen, Nävi, Tätowierungen und Lupusknötchen. Der Vorzug des Kaltkauters besteht in der exakten Dosierbarkeit, in der Möglichkeit, namentlich die kauterisierende Wirkung zu sistieren und das Instrument vor Einschaltung des Stromes, d. h. kalt, an eine tief gelegene Applikationsstelle zu bringen. O. Lasch-Breslau.

Über Diathermie, von Ludwig Mann-Breslau. (B. kl. W., 1914, Nr. 17.) Verfassers Ausführungen bezwecken, eine Übersicht über die bisher gewonnenen Erfahrungen mit der Diathermie und die Aussichten zu geben, die dieses Verfahren für die Zukunft zu bieten scheint. Wir haben es bei der Diathermie mit einer therapeutischen Anwendungsform der Elektrizität zu tun, die ganz wesentlich verschieden ist von den elektrotherapeutischen Methoden im alten Sinne; wir führen dabei die elektrische Energie dem menschlichen Körper in einer Form zu, welche sehr greifbare physikalische und physiologische Effekte im Körper erzielt. Mit Recht können wir demnach gewisse therapeutische Wirkungen von dieser Methode erwarten. G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Verwertung von Dermotherma, von Walter Isbarg-Templin. (M. Kl., 1914, Nr. 14.) Die günstige Wirkung des Dermotherma bei kalten Füßen hat den Verfasser veranlaßt, dasselbe in einigen Fällen anzuwenden, in denen nach operativen Eingriffen an den Extremitäten infolge von Zirkulationsstörungen ein für

Digitized by Google

die Patienten sehr lästiges Kältegefühl bestand. Die guten Erfolge, die ISBARG in zwei Fällen erzielt hatte, legten es ihm nahe, den vorliegenden kasuistischen Beitrag zu liefern. O. Lasch-Breslau.

Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie und Dermatologie. Vorläufige Mitteilung von DREUW. (Allg. m. Ztg., 1913, Nr. 10.) Das Adhäsol, nach einem von D. (ohne Kautschukzusatz) angegebenen Verfahren, bildet eine ziemlich feste, beinahe harte, weißlich-gelbliche, geruchlose, kohärente, sterile, klebrige Substanz, die mittels eines Spatels sich schon durch die Wärme der Haut zu einem festklebenden Seifenpflaster aufstreichen läßt. Die Vorzüge sind nach D. namentlich die Vereinfachung des Verbandes und die größere und schnellere Wirkung der inkorporierten Medikamente bei granulierenden Wunden und chronischen Ekzemen. Der größte Vorteil soll jedoch sein, daß die differentesten Körper, z. B. 20% ige Pyrogallol-, 10% ige Chrysarobinkompositionen usw. ihre Reizwirkung zum größten Teil verlieren. E. Brinitzer-Altona.

Über Afridolseife, von BERNHEIM. (B. kl. W., 1914, Nr. 32.) Verfasser hat die Afridolseife sowohl auf ihre chemisch-bakteriologischen Eigenschaften, als auch auf ihre klinische Verwendbarkeit geprüft mit dem Ergebnis, daß das Präparat allen Anforderungen entspricht, die man an eine gute Hg-Seife theoretisch zu stellen berechtigt ist, aber auch praktisch das hält, was therapeutisch von ihr zu erwarten steht und in ihrem Indikationsgebiet gute Erfolge erzielt. Letzteres bilden oberflächliche Staphylokokkosen (impetiginöse Affektionen der Gesichtshaut, der Bartgegend und des Kopfes, Akne), Pilzerkrankungen mit oberflächlichem Sitz der Krankheitserreger (Pityriasis versicolor, Erythrasma, oberflächliche Trichophytie), Seborrhoea capitis oleosa, Phthirii, Pediculi capitis. E. Klemm-Leipzig.

Die Verwendung von Borsäure bei Hautkrankheiten, von D. W. MONTGOMERY-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 11.) Die Borsäure verdient nach M.s Erfahrungen einen weit ausgedehnteren Gebrauch, als ihr zurzeit im allgemeinen zuteil wird. Bei Akne, Impetigo contagiosa, Ulcus cruris, Furunkulose u. a. leistet sie als ein kalmierendes, mildes Antiseptikum vorzügliche Dienste. Sehr brauchbar, wenn auch nicht allgemein bekannt, sind die Borsäurestärkeumschläge. Man nimmt dazu die gewöhnliche Stärke des Haushalts und zerdrückt dieselbe zu einem Pulver; ein mäßig gehäufter Eßlöffel voll dieses Pulvers wird mit zwei Eßlöffeln kaltem Wasser angerührt und nach erfolgter Mischung darauf mit einer Tasse kochendes Wasser unter stetigem Rühren versetzt, bis ein dicklicher Brei entsteht. Hierzu fügt man einen Eßlöffel voll fein verriebene Borsäure, mischt gründlich und legt die Masse in etwa Fingerdicke auf die zu behandelnde Stelle auf.

A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkung der Eisenpräparate zu erklären, von JOHANNES TREBING-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., Bd. 16.) Nach Ansicht T.s ist Eisentropon sowohl bei Chlorose als auch Anämie ein energisch wirksames Heilmittel, da es nicht nur — wie jedes dem Körper zugeführte medikamentöse Eisen — stets resorbiert, sondern außerdem in gleicher Weise wie das natürliche organische Nahrungseisen auch assimiliert wird.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Die Anwendung des Elarsons, eines neuen Apparates in der Dermatologie, von G. SCHERBER-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 36, S. 56—59.) Es handelt sich um eine Verbindung der Stearolsäure oder Behenolsäure. Das Elarson enthält ca. 13% Arsen und 6% Chlor. Es kommt in Flakons, welche 50 Tabletten, jede à 0,5 mg As enthalten, zum Verkauf. Entsprechend der bei As üblichen Dosierung

Digitized by Google

wurde es bei Fällen von Psoriasis, Ekzem der Gelenkbeugen, Lichen ruber, verrucae planae, Pemphigus vulgaris angewandt. Neben der guten medikamentösen Wirkung wird die Verträglichkeit des Mittels und seine Geschmacklosigkeit hervorgehoben.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Klärung der Embarinfrage, von H. Renz-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 47.) Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß Embarin sowohl was die Bekömmlichkeit wie die Wirkung betrifft, mit zu den besten unserer Hg-Präparate gehört. Die örtlichen Schmerzen bei der Einverleibung des Mittels sind ganz minimal, Infiltrate sehr selten; Nebenerscheinungen wurden nur bei drei Patienten in stärkerem Grade beobachtet. Die Einzeldosis beträgt 2—3 ccm 3%iger wässeriger Lösung.

E. Klemm-Leipzig.

Toxische Nebenerscheinungen des Embarins, von A. Pasini-Mailand. (M. m. W., 1914, Nr. 33.) Eine 70jährige Frau mit einer ausgedehnten geschwürigen Gummigeschwulst am Bein und stark positivem Wassermann erhielt sechs Einspritzungen von je einer Phiole Embarin intramuskulär mit gutem Erfolg und zunächst ohne erkennbaren Nachteil. Die Einspritzungen wurden jeden zweiten Tag gegeben, und irgend eine andere Medikation war nicht vorhergegangen. Am 14. Tage der Behandlung wurde über Übelsein und Kopfweh geklagt, und es bestand Fieber bis zu 38° C. Zugleich trat eine fleckige Rötung mit Ödem ziemlich am ganzen Körper hervor. Die abnormen Erscheinungen steigerten sich noch am folgenden Tage, vergingen aber bis zum fünften Tage vollständig. Der syphilitische Lokalprozeß hatte sich während dieser Zeit noch weiter gebessert. A. Philippi-Salzschlirf.

Praktische Erfahrungen mit Grotan, von Dieckmann-Charlottenburg. (M. Kl., 1914, Nr. 7.) Grotan ist ein Chlor-Kresolpräparat, das in rosa Tabletten in Packungen von 12 Stück à 1,0 g in Aluminiumröhrchen von der Firma Schülke & Mayr in den Handel gebracht wird. Für die physiologischen und chemischen Eigenschaften des Grotan verweist der Verfasser auf die Arbeiten von Schottelius und Pallesen. Er selbst begnügt sich, ganz kurz folgendes mitzuteilen: die Tabletten lösen sich sehr schnell in warmem, langsamer in kaltem Wasser; die Lösungen sind schwach rosa gefärbt, durchsichtig und mit einem leichten Kresolgeruch, der aber ebensowenig wie die Farbe den Händen des Arztes anhaftet; ferner greifen dieselben weder die Hände des Operateurs noch die Instrumente an. Dieckmann behauptet, die Gewißheit zu haben, daß nach fünf Minuten langem Liegen der Instrumente in 1%iger Grotanlösung man wohl ebensogut wie mit ausgekochten Instrumenten arbeiten könnte; ja, er hat selbst in sehr eiligen Fällen (Verblutungsgefahr bei Aborten usw.) mit Instrumenten gearbeitet, die er nur zwei Minuten mit Grotanlösung gebürstet hatte und hat in keinem dieser Fälle jemals nachträgliche Temperaturerhöhungen erlebt. In Fällen von eiternden Wunden verwendete Dieckmann pulverisiertes Grotan, indem er den dritten Teil einer zerstampften Tablette direkt auf die Wunden brachte und das Wundsekret als Lösungsmittel benutzte; er hat dabei nie Reizerscheinungen beobachtet und war überrascht, wie schnell die Wunden sich reinigten. O. Lasch-Breslau.

Die therapeutische Wirkung des Jods, von James W. Jobling und William Petersen. (Arch. of intern. M., 1915, Bd. 15, S. 286.) Obgleich das Jod sowohl in Form anorganischer wie organischer Verbindungen eine ausgebreitete Anwendung findet, ist nach Ansicht der Verfasser für den Mechanismus seiner Wirkung noch keine allgemein befriedigende Erklärung gefunden worden. Was die Wirkung speziell bei tertiär luetischen Veränderungen angeht, die neben tuberkulösen Prozessen ausführlichere Besprechung finden, so legen sich Jobling und Petersen zwei Fragen vor:

Digitized by Google

1. Zerstört das Jod das Virus, oder 2. bringt das Jod nur den syphilitischen Herd zur Resolution, ohne aber weitere Schädigungen durch die Spirochäten zu verhindern? Da experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen gezeigt haben, daß die erste Frage in verneinendem Sinne zu beantworten ist, so beruht die Heilwirkung der jodwasserstoffsauren Salze nicht auf einer Vernichtung der Spirochäten, sondern auf einer Resolution der Syphilome. Die Resolution wird der autolytischen Wirkung eines Fermentes (Trypsin) zugeschrieben. In den syphilitischen Herden wird das Ferment an der vollen Entwicklung seiner Wirkung durch das Antitrypsin verhindert. Das Antitrypsin ist eine Vereinigung eines Lipoides mit ungesättigter Fettsäure oder diese Fettsäure selbst. Wie die Verfasser experimentell bewiesen zu haben glauben, kommt die häufig so frappante Jodwirkung bei tertiär-luetischen Prozessen (Syphilomen) derart zustande, daß die ungesättigten Fettsäuren, welche die Autolyse, Erweichung, Auflösung und Resorption inhibieren, durch das Jod chemisch (d. h. durch Addition) saturiert werden. Diese Erklärungsweise findet eine Stütze in der Feststellung von O. Löb, daß syphilitische Läsionen selektiv Jodide aufnehmen, und in der vielfach akzeptierten Annahme, daß das Jod aus seinen Verbindungen im Körper in Freiheit gesetzt werden kann und dadurch (in statu nascendi) reaktionsfähig wird. Jobling und Petersen resümieren ihre Vorstellung von der Wirkung der Jodide bei tertiärer Syphilis kurz so: Das Jod neutralisiert die Wirkung der Substanzen, welche der Verflüssigung und Resorption der Gummiknoten im Wege stehen. Das reaktivierte Ferment löst die Syphilome und macht die vorher im Gewebe geschützten, nunmehr in Freiheit gesetzten Spirochäten den natürlichen und künstlichen (Hg, Salvarsan) Heilfaktoren zugänglich. (Diese Erklärung wird von den Verfassern mutatis mutandis auch auf tuberkulöse Prozesse angewandt und läßt sowohl die bei Jodkalitherapie gelegentlich auftretenden Hämorrhagien wie auch die zuweilen beobachtete Disseminierung von Tuberkelbazillen verständlich erscheinen.) Taxis.

Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnutzung des Jods, von Moos-Berlin-Schöneberg. (Allg. m. Ztg., 1913, Nr. 19.) Nach den Untersuchungen des Verfassers wird Jodkali zu 60—70% in anorganischer, zu 10% in organischer Form im Urin ausgeschieden. Bei Jodtropon dagegen findet sich die gesamte eingenommene Jodmenge in organischer Form im Urin wieder, während nur ca. $^1/_2$% in anorganischer Form auftritt. Verfasser ist der Meinung, daß der Prozentgehalt an organischem Jod ein Maßstab für die Wirksamkeit eines Jodmedikaments sei und daß, je weniger anorganisches Jod im Urin ausgeschieden werde, desto weniger leicht Jodismus auftrete.

O. Valentiner-Leipzig.

Über intravenöse Jodtherapie, von F. Klemperer. (Ther. d. Gegenw., März 1915.) Verfasser hat seit Monaten über 100 intravenöse Jodinjektionen gemacht und dabei gewöhnlich 5—10 g, in schweren Fällen 15 und 20 g Jodnatrium, versuchsweise bei einigen Paralytikern auch 30, 40 und 50 g stets in 10%iger Lösung in die Vene einfließen lassen. Die Injektionen sind absolut schmerzlos, wurden meist 2—3mal wöchentlich wiederholt, ernstere Störungen wurden nicht beobachtet. Die Erfolge bei verschiedenen Luesfällen waren sehr gut, besonders geeignet scheine die Aortenlues zu sein.

W. Haas-Hamburg.

Die Vermeidung der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren durch gleichzeitige Kalkabgaben, von Ernst Frey-Marburg. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Die Jod- und Bromsalze sind für unser therapeutisches Arsenal unentbehrlich geworden; die entzündlichen Erscheinungen von seiten der Haut und Schleimhaut, die bei der Zufuhr von Bromsalzen in Aknepusteln, nach Jodsalzen in Schnupfen, Konjunktivitis, ja Katarrhen der oberen Luftwege oder ebenfalls Hautreizungen bestehen, müssen wir dabei mit in

Digitized by Google

den Kauf nehmen, bis uns das Bestreben, Gegenmaßnahmen zu finden, geglückt ist. In der vorliegenden Arbeit erwähnt Frey den Antagonismus, der zwischen den Kalksalzen einerseits und den Jod- und Bromsalzen andererseits sich z. B. am Muskel beobachten läßt, und empfiehlt nach seinen theoretischen und praktischen Erfahrungen zur Vermeidung der entzündlichen Haut- und Schleimhauterscheinungen bei Brom- und Jodkuren Calcium bromatum resp. jodatum zu verordnen. Dabei muß man in Betracht ziehen, daß diese Kochsalze stark hygroskopisch und daher in Lösungen zu verordnen sind. Lokal empfiehlt Frey die Hautsymptome mit einer Salbe von 10% Calcium chlorat. in Vaseline oder Lanolin oder Kalkwasser mit Erdnußöl zu gleichen Teilen zu behandeln; dabei aber per os neben ausreichenden Gaben Kochsalz zur beschleunigten Ausscheidung des Broms Kalk zu verabreichen und zwar am besten Calcium chlorat. d. h. eine Solution von Calcium chlorat. crystallisat. 30,0, Aqu. dest. ad 150,0. M. D. S. dreimal täglich ein Eßlöffel (d. i. 1,0 g wasserfreies Calcium chloratum) in einem Glase Wasser zu nehmen. Unter der von ihm angegebenen Literatur empfiehlt Frey besonders die Arbeit von Kayser (Übersichtsreferat über die Bedeutung der Kalksalze. B. kl. W., 1913, Nr. 49). O. Lasch-Breslau.

Klinische Erfahrungen mit dem Jodeiweißpräparat Testijodyl, von Lénard-Budapest. (W. m. W., 1914, Nr. 33, S. 1900.) Das Testijodyl stellt ein Jodeisenpräparat dar, welches frei von unangenehmen Nebenwirkungen gegen anämische Zustände im allgemeinen, im besonderen gegen solche luetischer Natur empfohlen wird.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Gefährlichkeit der innerlichen Joddarreichung bei Quecksilberanwendung am Auge. Besteht ein Unterschied für verschiedene Jodpräparate, von Grumme-Fohrde. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1914, Bd. 77, H. 5/6.) Der Verfasser bedient sich bei seinen Versuchen der Präparate Jodkali, Jodostarin und Jodtropon und kommt zu folgendem Ergebnis: Nach dem Einnehmen von Jodkali wird Kalomel im Bindehautsack stets rasch gelb; nach Jodtropon bleibt Kalomel weiß oder wird, bei höherer Jodgabe, nur schmutzig, nicht gelb. Die nach Jodtropon auftretenden Entzündungserscheinungen sind bei gleicher Jodgabe weniger schwer; sie haben weniger Neigung in die Tiefe zu gehen und bilden sich eher zurück. In der Tränenflüssigkeit bildet sich aus anorganischem Jod und Quecksilberchlorür ebenso prompt Quecksilberjodid wie im Urin. Die Menge des nach dem Einnehmen von Jodtropon in der Tränenflüssigkeit ausgeschiedenen anorganischen Jods ist prozentualiter so gering, daß erst bei höherer Jodgabe eine Verätzung der Konjunktiva und Kornea eintritt. Es besteht somit die Möglichkeit, daß bei örtlicher Anwendung von Quecksilber am Auge die Verordnung von Jodtropon in den üblichen kleinen Dosen nicht kontraindiziert ist.
W. Chrzelitzer-Posen.

Die Behandlung mit Kohlensäureschnee, von Dr. J. Novotný-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 26.) In der dermatologischen Klinik Janovský in Prag wurden mit Kohlensäureschnee bei den verschiedenen Arten des Nävus, bei Lupus erythematosus, Ulcus rodens, Lupus vulgaris sehr befriedigende Erfolge in kosmetischer Hinsicht erzielt. Er hat vor Chloräthyl den Vorzug, daß seine Wirkung bei gleichzeitiger Anwendung von Druck viel intensiver ist; er ist ferner billiger als flüssige Luft, und seine Anwendung ist einfach und ungefährlich. Zur Anwendung kam teils die Originalmethode von Pusey: komprimierter Schnee, teils ein Gelee aus Kohlensäureschnee und Schwefel. G. Mühlstein-Prag.

Über die Anwendung der zehnprozentigen Protargolsalbe, von Rudolf Reissmann-Brünn. (W. m. W., 1913, Nr. 28.) Verfasser hat 10%ige Protargolsalbe als anti-

Digitized by Google

septisches, sekretionsbeschränkendes, mildes Ätzmittel bei geschwürigen Prozessen mit gutem Erfolge verwendet. O. Valentiner-Leipzig.

Über den Einfluß des Quecksilbers, namentlich des eingeatmeten, auf die Lungen von Versuchstieren. Mit einem Abschnitt über die Lungengefäßnerven, von G. Ricker und W. Hesse-Magdeburg. (Virch. Arch., 1914, Bd. 217, H. 2.) Bei seinen Versuchen wandte der Verfasser drei Methoden an, um durch eine Quecksilbervergiftung die Lungen, Nieren und Darmveränderungen zu studieren, durch Inhalation, Injektion und durch Fütterung mit quecksilberhaltiger Nahrung. Durch Inhalation kam er zu folgenden Schlüssen: der Lungenbefund bei Mäusen, die ununterbrochen eine quecksilberdampfreiche Luft eingeatmet haben, ist je nach der Dauer der Einwirkung verschieden. Nach 15 Stunden waren die Lungen unverändert, nach 30 Stunden stellt sich eine fleckig verteilte, schwerste Hyperämie mit Ödem ein, die nach fünf Tagen über die ganze Lunge ausgedehnt war. In diesem Zustande sind der Ödemflüssigkeit rote Blutkörperchen beigemengt. Bei den Injektionsversuchen ergibt sich die Lebensdauer von der Höhe der injizierten Dosis abhängig. Die Nieren sind regelmäßig durch Epithelnekrose in Rinde und Grenzzone verändert. Aus dem Befunde an den durch Fütterung vergifteten Tieren ergibt sich, daß nach einer Lebensdauer von 3—5 Tagen in den Lungen umschriebene Bezirke mit schwerster Hyperämie und Blutung auftreten, während Nieren und Darm unverändert bleiben. Die Gegensätze zwischen den einzelnen Tieren sind weniger scharf. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Ausscheidung des Quecksilbers bei der Behandlung mit Quecksilberpräparaten, von A. Záhoř-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 39.) Nach Inunktionen läßt sich schon innerhalb der ersten 24 Stunden Hg im Harn nachweisen; seine Menge steigt langsam, um nach Aussetzen der Inunktionen wieder allmählich abzunehmen. Nach Embarininjektionen wird am ersten Tage die Hauptmenge des Hg durch den Harn ausgeschieden, und während der folgenden Tage sinkt die ausgeschiedene Menge. Mit jeder Injektion nimmt das Durchschnittsniveau zu. Doch kommt es auch vor, daß die ausgeschiedene Hg-Menge während der Behandlung auf ein Minimum sinkt, ohne nach einer neuerlichen Injektion zuzunehmen. Es scheint dem Verfasser, daß von dem Embarin-Hg rasch eine genügende Quantität resorbiert wird, daß sich aber seine Wirksamkeit rasch erschöpft. Damit stünde die klinische Erfahrung im Einklang, daß nach Embarininjektionen ein rascher Rückgang der Symptome eintritt, daß aber sehr bald Rezidive auftreten. G. Mühlstein-Prag.

Stomatitis mercurialis, von Eugen Brodfeld-Krakau. (M. Kl., 1914, Nr. 12.) Die sehr unerwünschte Erscheinung einer Stomatitis mercurialis, die uns zur Unterbrechung eingeleiteter luetischer Kuren zwingen kann, ist sicher durch das Hg veranlaßt, aber wohl nur bei Individuen mit prädisponierenden Verhältnissen, wie Konstitutionsanomalien, Diabetes, Magenstörungen und mangelhafter Mundpflege. Ob man nach Almkvist an eine schädliche Wirkung des in der Mundhöhle sich bildenden Schwefelquecksilbers oder nach Le Blaye an eine Spirillose glaubt, sicher ist die enorme Bedeutung einer sorgfältigen und gründlichen prophylaktischen Mundpflege. Dieselbe muß in einem dreimal täglich nach den Mahlzeiten vorzunehmenden Bürsten mit einer weichen Bürste und peinlicher Entfernung der Speisereste zwischen den Zähnen, sowie häufig wiederholten Ausspülungen des Mundes und Pinselungen des Zahnfleisches bestehen; die hierfür empfehlenswerten Mittel sind bekannt. Rauchen verbieten oder stark einschränken! Ist eine Stomatitis eingetreten, so muß mit Spülungen des Mundes usw. fortgefahren werden und das Zahnfleisch 1—2mal am Tage mit Jodtinktur oder 5%igem Arg. nitr. oder 5%iger Chromsäurelösung gepinselt werden.

Digitized by Google

Auch Sublimat $^1/_{4000}$ hat bei Spülungen gute Dienste geleistet. AIDRY hat 3—4mal täglich eine Tablette Theobromin mit gutem Erfolge nehmen lassen. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zur Kenntnis der nichtgewerblichen chronischen Hg-Vergiftung, von M. FRIEDMANN-Mannheim. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Die vorliegende Arbeit ist wegen der Schilderung der Symptome der chron. Hg-Vergiftung sehr interessant, steht aber — da solche Fälle chronischer Hg-Vergiftung bei antiluetischer Therapie kaum vorkommen dürften — in zu losem Zusammenhange mit unserer Spezialität, um hier referiert zu werden; doch sei die Lektüre empfohlen.

O. Lasch-Breslau.

Zwei Fälle akuter Quecksilbervergiftung, von MORLOT und ZUBER. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 19.) W. Lutz-Basel.

Über die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) und der Primula obconica nebst Bemerkungen über Rhus vernicifera, von E. ROST-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 3, 4, 5.) Das Auftreten von Dermatitiden nach direkter oder indirekter Berührung mit Pflanzen ist besonders bekannt von folgenden drei Gruppen: 1. Rhus toxicodendron (Giftsumach), der besonders in Amerika vorkommt; eine Gruppe von Giftsumachsträuchern befindet sich im Botanischen Garten in Berlin-Dahlem. 2. Rhus vernicifera, der japanische Lackbaum, von dem Exemplare im Senkenbergschen Botanischen Garten in Frankfurt a. M. vorhanden sind. 3. Die Primula obconica, die sehr verbreitet ist. ROST konnte seine experimentellen Untersuchungen über die Art des Giftes, den Sitz und die Verbreitung desselben außer bei der überall eingebürgerten Primel an den beiden erwähnten Orten resp. dort gewonnenem Material anstellen. Er gibt erst eine sehr eingehende Beschreibung der Pflanzen, die im Original nachzulesen ist. Pathognomonische Kennzeichen sind der Rhusdermatitis nicht eigen; sie tritt nie unmittelbar nach der Berührung auf, sondern es vergehen Stunden, bisweilen Tage, ehe sie in Erscheinung tritt; sie kommt in jedem Lebensalter und an jeder Körperstelle vor, besonders an den unbedeckt getragenen und an den äußeren Genitalien. Allgemeinerscheinungen gehen der Erkrankung nicht voraus; während derselben kommt es bei schweren Graden zu enormem Juckreiz, der zu Unruhe, Schlaflosigkeit mit eventuell leichtem Fieber führen kann. Als Ursache der Rhusdermatitis kann man wohl Exhalationen, giftige Gase, flüchtige Alkaloide oder Säuren annehmen; die Annahme, daß vom Winde abgelöste Drüsenhärchen — analog wie bei der Primula obconica — den Giftstoff enthalten, ist schon dadurch hinfällig, daß auch nach dem Berühren der Wurzeln, die gar keine Trichome enthalten, eine Dermatitis entstehen kann. Bei der Primula obconica ist der Giftstoff in dem Sekrete der alle überirdischen Pflanzenteile bedeckenden Härchen enthalten und kann direkt durch Berührung mit der Pflanze oder indirekt durch die Berührung von Gegenständen, an denen das lange wirksame Gift haftet, wie Blumentopf, Schere, Gießkanne usw. übertragen werden. Von dem klinischen Bilde der Primeldermatitis gilt dasselbe wie von der Rhusdermatitis, nämlich, daß es nichts Charakteristisches hat und am ehesten einer Erysipelas mit Ekzem gleicht. Beim japanischen Lackbaum gleichen die Trichome und Haargänge denen des Giftsumachs, und ebenso bietet die durch die Berührung mit denselben hervorgerufene Dermatitis dasselbe wenig charakteristische Bild wie die Giftsumachdermatitis. Dann gibt ROST einen Überblick über das Zustandekommen der Dermatitis resp. über die Wege, auf denen die toxischen Substanzen der drei Pflanzen auf den Menschen übertragen werden, und berichtet über die zur Ergründung dieser Frage vorgenommenen experimentellen Untersuchungen. Dabei gelang es ihm festzustellen, daß die Ursache der Giftigkeit des Rhus toxicodendron einzig und allein die Harzemulsion ist, und daß eine flüchtige Berührung mit dem Giftsumach nicht zur Erzeugung einer Dermatitis

Digitized by Google

genügt, sondern daß Harzsaft auf die Haut gelangen muß. Für die weiteren Details der umfangreichen Arbeit sei auf das Original verwiesen, und hier nur noch aus dem eigenen Resümee der Verfassers einige Punkte zitiert: Trotz des verschiedenen Sitzes des Giftstoffes der Rhus und Primelarten zeigen die durch sie erzeugten Hautentzündungen (Dermatitis venenata) im Modus der Entstehung und nach Art, Ausbreitung und Verlauf vielfache Ähnlichkeit. Der Giftstoff richtet sich ausschließlich auf die Hautgefäße; spezifische Allgemeinerkrankungen sind nicht bekannt. Der Giftstoff ist nicht flüchtig und behält lange seine Wirksamkeit; er kann jedoch nicht par distance, sondern nur durch direkten oder indirekten Kontakt übertragen werden. Gegen die Primeldermatitis kann man sich schwer schützen, wohl aber gegen die Rhusdermatitis; letztere pflegt, weil an den Bruchstellen immer größere Mengen von dem giftigen Harz sitzen und auf einmal an die Haut gelangen, ein schwereres Bild zu bieten als die Primel dermatitis. Ob es besondere Disposition oder eine Immunität gegen die Giftstoffe gibt, ist bisher nicht festgestellt; dieselben sind in Alkohol, Äther und Terpentin löslich; daher empfiehlt Rost unmittelbar nach einer Infektion gründlich mit heißem Wasser und Seife die betreffenden Stellen zu reinigen und dann Alkoholumschläge zu machen, am besten mit alkoholischer Bleizuckerlösung (gesättigt). Im ersten Stadium keine Salbentherapie. O. Lasch-Breslau.

Seife, Creme und Puder in der Kosmetik, von E. Damman-Charlottenburg. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 32.) Der Verfasser geißelt zunächst die Neigung auch gutsituierter Frauen, mehr auf den billigen Preis und eventuell aufdringliches Parfüm als auf gute Qualität zu sehen. Die billigen Seifen enthalten meist sehr viel überschüssiges Alkali, das bei dauerndem Gebrauche der Seifen sehr bald eine Ätzwirkung auf die oberste Epidermisschicht entfaltet und zu zirkumskripten Rötungen und Pustelbildungen Anlaß gibt. Ebenso verurteilt er den dauernden Gebrauch von medikamentösen Seifen (meist Teer- und Schwefelseifen) von seiten der Laien ohne sachverständigen Rat. Überhaupt muß auf die vernünftige Anwendung richtiger Seifen auch bei Individuen mit gesunder Haut geachtet werden. Die Verordnung der geeigneten Seife für Patienten mit Akne usw. bedarf eines besonderen Studiums. Damman ist ein Gegner des Waschens ohne Seife, was er nur gelegentlich bei starker Reizung der Haut für einige Tage für zulässig hält. Er empfiehlt von den überfetteten Seifen besonders die überfettete Mitinseife. Für das Einfetten des Körpers bei fettarmer Haut ist Mitincreme, die tief in die Haut eindringt, sehr brauchbar und zwar genügen im allgemeinen kleine Mengen (nur bei rissigen Händen dick einreiben und Handschuhe überziehen). Auch unter den verschiedenen Arten von Pudern tritt der Verfasser besonders warm für Mitinfettpuder auf, der 20% Mitin enthält und gut haftet, ohne zu sehr auszutrocken. O. Lasch-Breslau.

Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten, von F. Hammer-Stuttgart. (Württ. Korr. Bl., 1913.) In drei Formen kommt der Alkohol zur Verwendung: Waschung, Umschlag und örtliches Bad. Indikationen sind Hyperidrosis pedum, Foetor axillaris, Erytrasma, Ekzeme, Pruritus, Hämorrhoiden, vesikulöse, bullöse, pustulöse Dermatosen, Sycosis parasitaria, Verbrennungen, Pemphigus. H. Vörner-Leipzig.

Der Gebrauch des Salvarsans bei nichtsyphilitischen Erkrankungen, von William H. Best-Brooklyn. (J. Am. m. Assoc., 1. Aug. 1914.) Best bespricht eine Anzahl mit Salvarsan behandelter Krankheiten und teilt sie nach den Resultaten in folgende Gruppen ein. Krankheiten, die von Salvarsan in keiner Weise beeinflußt werden: A) Karzinom, Kankroid, Erythema multiforme, Hodgkins Krankheit, Psoriasis, Rhinosklerom, Scharlachfieber, Sarkom, Trichinose, Trypanosomiasis. Zur Psoriasis bemerkt Best, daß vielleicht öfter wiederkehrende intramus-

Digitized by Google

kuläre Injektionen zufriedenstellendere Resultate ergeben können, als sie bis jetzt durch 1—2 intravenöse Injektionen erzielt worden sind. Gruppe B): Krankheiten, bei denen die Resultate der Salvarsanbehandlung unbestimmt sind, d. h. daß in manchen Fällen Besserungen und Heilungen zu verzeichnen sind, in anderen wieder völlig negative Resultate: Anämie, Keratosis follicularis, Lichen planus, Mykosis fungoides, Pemphigus, Pellagra, Pityriasis rubra, Tuberkulide, Aleppobeule, Lepra, Lupus vulgaris, Tuberkulose. So kommt bei Lepra eine deutliche, wenn auch nur temporäre Besserung vor. — C): Krankheiten, bei denen übereinstimmend Besserung oder Heilung durch Salvarsan erzielt wurde: 1. solche, deren Ätiologie bekannt ist: Filaria-Erkrankungen, Rekurrens, Framboësie und die Vincentsche Angina, Dysenterie, Anthrax, Malaria. 2. Krankheiten mit unbekannter Ätiologie: Acanthosis nigricans, Chorea, Duhrings Krankheit, Skorbut, Ulcus tropicum, Pocken und Verrucae planae. Bei der letzten glaubt Best, daß der Erreger eine Spirillenform sein dürfte. Schlußfolgerungen: 1. Salvarsan wirkt spezifisch auf alle Krankheiten, die durch eine Spirillenform verursacht werden. 2. Salvarsan hat heilende Eigenschaften in allen Krankheiten, bei denen der infizierende Organismus im Blut, in der Lymphe oder an anderen leicht zu erreichenden Stellen gefunden wird. 3. Salvarsan hat großen therapeutischen Wert bei Krankheiten, die durch Arsenik günstig beeinflußt werden. 4. Salvarsan mit Vorsicht in wiederholten Dosen eine längere Zeitperiode hindurch gegeben, hat einen therapeutischen Wert bei allen Krankheiten, die vorher ohne ausreichendes Resultat mit Arsenik behandelt wurden. 5. Salvarsan ist sehr nützlich als Adjuvans- für andere Arzneimittel, bei denen eine schnelle tonische oder stimulierende Wirkung erwünscht ist. 6. Salvarsan muß intravenös gegeben werden bei Krankheiten, in denen eine spezifische Wirkung erwünscht ist, intramuskulär 1—2mal in längeren Intervallen und in vollen Dosen in Fällen, die eine stimulierende, tonische Wirkung neben einer spezifischen erfordern, endlich intramuskulär in kleinen, lange Zeit hindurch wiederholten Dosen in Fällen, in denen nur eine tonische, stimulierende Wirkung nötig ist. F. John-Leipzig.

Salvarsan bei nichtsyphilitischen Erkrankungen, eine vorläufige Mitteilung von Wm. H. Best-Brooklyn. (M. Record, 1914, 18.) Bei Behandlung von Filariakranken, von Framboësie, Rückfallfieber, Vincents Angina, Amöbendysenterie, Malaria und Chorea zeigte das Salvarsan geradezu spezifische Wirkung; gute Erfolge zeitigte es bei Dermatitis herpetiformis, Variola und Ulcus tropicum. Bei Anämien, Keratosis follicularis, Lichen planus, Pemphigus, Pityriasis rubra, Aleppobeule, Lepra, Tuberkulose und einigen Tuberkuliden entsprach der Erfolg dem allgemein durch Arsenmedikation erreichbaren. Karzinome, Kankroide, Erythema multiforme, Hodgkinssche Krankheit, Psoriasis, Rhinosklerom, Sarkom, Scharlach, Trichinose und Trypanosomenerkrankungen wurden nicht beeinflußt. O. Gans-Karlsruhe.

Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten, von Seyffert-Aruscha, Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, 6.) Mit Salvarsan, meist intravenös, wurden außer Syphilis behandelt: 1. Frambösie: die Heilung gelang in allen Fällen mit 0,4—0,6 Salvarsan durchschnittlich innerhalb einer Woche. 2. Rückfallfieber: bei einmaliger Infusion von 0,4 Salvarsan traten keine Rückfälle ein. Von anderer Seite wird bei dieser Behandlung ein geringer Prozentsatz, etwa 10%, von Rückfällen angegeben. 3. Bilharziosis: in einem Falle bewirkten zwei Infusionen zu 0,3 und 0,5 auffallende Besserung und mindestens 10 Wochen andauerndes Verschwinden der Eier. 4. Ulcus tropicum: bei einigen besonders bösartigen und progredienten Geschwüren beschleunigte das Salvarsan die Heilung in deutlicher Weise. 5. Bei Psoriasis wurde kein Erfolg gesehen. 6. Bei Malaria tertiana hatte der Verfasser gute Erfolge. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Salvarsan bei Tropenkrankheiten nebst Bemerkungen über einige tropische Hautkrankheiten, von GROTHUSEN-Kilwa, Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, H. 15.) G. hat Framboësie, Lues, Ulcera tropica und Rekurrens mit Salvarsan behandelt. Von seinen Framboësiefällen heilten 83% nach einer Salvarsaninfusion innerhalb einiger Tage ab. Bei seinen Fällen von „Ulcus tropicum" — ein Sammelbegriff des Verfassers für verschiedene phagedänische Geschwüre der Unterextremität — blieb Salvarsan völlig wirkungslos; bei venerischen Granulomen zeigte sich einiger Erfolg. Rekurrens wurde ebenfalls günstig beeinflußt. H. Boehme-Leipzig.

Chemotherapeutische Versuche mit Salvarsan, von OSCAR BAUM und GUSTAV HERRENHEISER. (W. kl. W., 1914, Nr. 24, S. 843.) Studien bezüglich einer Einwirkung von Salvarsan auf Schweinerotlaufbazillen ergaben auf Grund von Tierexperimenten als auch nach entsprechenden Reagenzversuchen ein so gut wie negatives Resultat.

H. Vörner-Leipzig.

Über das Salvarsan und hauptsächlich über seine Einführung in saurer Lösung, von TÖRRENSON. (Russki Wratsch, 1914, S. 455.) In 700 Fällen von Syphilis hat Verfasser das Salvarsan in saurer Lösung nach DUHOT, nur mit einigen Modifikationen, intramuskulär in der Dosis von 0,6 injiziert und ist sowohl mit dem therapeutischen Erfolg wie auch mit der Resorption der sich bildenden Infiltrate so zufrieden, daß er diese Art der Salvarsananwendung warm empfiehlt. Er löst das Salvarsan in bloß 4 ccm Aq. destill. auf und vermeidet den Zusatz von Methylalkohol.

A. Jordan-Moskau.

Die HERXHEIMERsche Reaktion, von G. MILIAN. (New York. m. Mschr., 1914, Nr. 6.) Verfasser definiert die allgemein bekannte HERXHEIMERsche Reaktion ausführlich und erörtert vor allem ihre Beziehungen zu den arsen-toxischen Erscheinungen nach Salvarsanbehandlung, deren Kenntnis von größter Wichtigkeit ist, da die H.-Reaktion eine Manifestation latenter Zustände anzeigt — besonders bei viszeralen Erkrankungen —, die im Gegensatz zu Intoleranzerscheinungen eine Fortsetzung der Behandlung fordert. Die H.-Reaktion kann sich an allen Organen zeigen und so die Erkennung von Krankheitsherden, von denen vorher nichts zu sehen war, ermöglichen; sie läßt die schon verschwundene WASSERMANNsche Reaktion wieder positiv werden nach der Injektion. Ihre Unterscheidung von Intoleranzerscheinungen ist oft schwer, doch ist die Tatsache, daß sie bei wiederholten Injektionen abnimmt, die Intoleranzerscheinungen aber sich wiederholen und verstärken, das charakteristischste Merkmal.

H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Privatdozenten Dr. ALFRED BRANDWEINER und Dr. KARL HOCHSINGER, Abteilungschefärzte im Reservespitale Nr. 2 in Wien, sowie Privatdozent Dr. KARL ULLMANN-Wien, Abteilungschefarzt im Festungsspitale Nr. 1 in Pola, wurden zu Stabsärzten auf Kriegsdauer ernannt.

Dr. FRANCIS DELAFIELD, gewesener Professor an der Columbia University in New York — bekannt durch die von ihm angegebenen Färbemethoden — ist gestorben.

Wirkl. Geheimer Rat Dr. PAUL EHRLICH, Professor an der Universität und Direktor des Institutes für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. September 1915 | Nr. 37 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik von Prof. Dr. Unna in Hamburg.

Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung.

Von

San.-Rat Dr. Max Bockhart in Wiesbaden.

Ich habe vor kurzem Gelegenheit gehabt, einige Wochen lang in der Unnaschen Klinik tätig zu sein. Außer Unnas neuen Behandlungsmethoden hat vor allem seine Pyrogallolbehandlung der Psoriasis mein Interesse, ja, ich kann sagen, mein Erstaunen erregt. Das seit Neissers bekannter Publikation über die Wirkung der Pyrogallussäure [1]) als Blutgift so sehr gefürchtete Pyrogallol wird in dieser Klinik bei einzelnen Kranken in Form einer 5—10 %igen Pyrogallolsalbe mit großer Sicherheit über weite Hautflächen, sogar über die ganze Körperoberfläche eingerieben (Pyrogallolschmierkur). Und zwar ohne jeden Schaden: man beobachtet an so behandelten Kranken nicht die geringste Beeinträchtigung des Wohlbefindens, und ihr Urin zeigt keine Spur von Hämoglobinurie. Durch eine derartige ausgiebige Verwendung des Pyrogallols wird vor allem die Heilung der universellen Psoriasis bedeutend gefördert und beschleunigt.

Natürlich ist diese Methode der Pyrogallolbehandlung nur möglich bei gleichzeitiger Anwendung eines sicher wirkenden Prophylaktikums gegen Pyrogallolvergiftung. Unna fand, daß die verdünnte Salzsäure ein solches Antidot sei. Ein Zufall führte ihn im Jahre 1885 zu dieser Entdeckung. Eine Patientin, deren Krankengeschichte er mitgeteilt hat [2]), hatte sich ohne ärztliche Direktive Pyrogallolpflaster auf große Flächen ihres Körpers gelegt. Am folgenden Tage hatte sie schwarzen Urin, Kopfweh, Erbrechen, kleinen Puls und fühlte sich sehr unwohl und schwach. Gegen das Erbrechen der Kranken verordnete Unna eine Mixtur von verdünnter Salzsäure, die er im Laufe des Tages alle Viertelstunden nehmen ließ. Schon am Abend desselben Tages fühlte sich die Kranke wohler, und ihr Urin wurde etwas heller. Nach fünf Tagen — sie nahm während dieser Zeit Salzsäure weiter — war sie von ihrer

[1]) Neisser, Klinisches und Experimentelles zur Wirkung der Pyrogallussäure. Zschr. f. kl. M., 1879, Bd. 1. — [2]) Unna, Heilung eines Falles von Lepra tuberosa. Mh. f. pr. Derm., Ergänzungsheft 1885.

Digitized by Google

Pyrogallolvergiftung wieder vollständig hergestellt. Unna läßt seitdem, seit 30 Jahren, jeden Kranken, der eine große Pyrogallolkur durchmacht, während der ganzen Dauer dieser Behandlung täglich 1—3 g verdünnte Salzsäure nehmen. Er hat in dieser ganzen Zeit in seiner Klinik niemals eine Pyrogallolvergiftung gesehen, ja nicht einmal abnorme Färbung des Urins der Pyrogallolpatienten, obgleich er von Pyrogallolsalben und -Pflastern den allergrößten Gebrauch macht.

Unnas prophylaktisches Mittel gegen Pyrogallolvergiftung[1]) ist den Praktikern offenbar unbekannt geblieben. Die Ursache davon ist vielleicht auf die allgemein verbreitete Meinung zurückzuführen, Salzsäure, innerlich in kleineren Dosen genommen, sei nicht imstande, die Alkaleszenz des Blutes zu ändern. Diese Meinung ist gewiß irrtümlich. Vom Pyrogallol wissen wir, daß seine größte Wirkung in alkalischen Lösungen vor sich geht und daß es daher im alkalischen Blut seine deletäre reduzierende Wirkung entfaltet, indem es hier den disponibeln Sauerstoff an sich reißt und so eine Sauerstoffverarmung des Blutes und der lebenswichtigen Organe herbeiführt. Die prophylaktische Wirkung der Salzsäure gegen diese Vergiftung kann nur in einer Einwirkung auf das Blut bestehen: es findet, wenn wir Salzsäure geben, eine Ansäuerung des Blutes statt oder eine Abnahme seiner Alkaleszenz, die genügt, um dem schädlichen Einfluß des Pyrogallols entgegenzuwirken.

Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen.

Von

J. Schumacher in Berlin.

Das Salvarsannatrium gibt mir Veranlassung, gleichzeitig meine Erfahrungen über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen mitzuteilen, wie sie zuerst von Ravaut, Duhot, Stern, Strauss, Frühwald u. a. geübt wurden. Meine Erfahrungen erstrecken sich allerdings auf nur 94 Injektionen an 40 Patienten, die aber, da sie an Privatpatienten gemacht wurden, desto genauer verfolgt werden konnten.

Mein ganzes Instrumentarium für eine konzentrierte Neosalvarsaninjektion besteht aus einem Becherglas zu 500 ccm, wie es für chemische Operationen gewöhnlich gebraucht wird, einem Handtuch und

[1]) Eine kurze Notiz über verdünnte Salzsäure als Prophylaktikum gegen Pyrogallolvergiftung findet sich in Unnas Arbeit über die Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten, Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 1885, Nr. 158.

Digitized by Google

einer gewöhnlichen 10 ccm-Rekordspritze. Eine Assistenz ist sehr angenehm, aber entbehrlich.

Meine Technik ist kurz folgende: eine Stunde vor der vorzunehmenden Injektion lasse ich in dem Becherglas ca. 300 ccm Leitungswasser 5—10 Minuten aufkochen. Nach Ablauf dieser Zeit ist das Wasser so weit erkaltet, daß man die Injektion vornehmen kann. Habe ich unvorbereitet eine Injektion zu machen, so lasse ich nur ca. 100 ccm Wasser kochen und kühle es in wenigen Minuten dadurch ab, daß ich es in eine Schale mit kaltem Wasser stelle, derart, daß selbstverständlich der Ausguß des Becherglases nicht berührt wird. Alsdann lege ich dem Patienten ein frisch geplättetes, zusammengefaltetes Handtuch um den betreffenden Oberarm, das ich kurz vor der Injektion zusammendrehen und ihn halten lasse. Alsdann wird der Patient aufgefordert, eine Faust zu machen. Sobald ich die Injektion vornehme, bitte ich den Betreffenden, das zugedrehte Ende des Handtuches vorsichtig loszulassen, dabei den Arm aber nicht zu verrücken. Inzwischen wasche ich die Neosalvarsanampulle mit einem Benzinwattebausch ab, feile mit der in der Flamme sterilisierten Feile ein und bringe durch den glühend gemachten Glasstab die Ampullen zum Springen, ohne jedoch den Hals abzubrechen. Die Ampulle wird inzwischen auf den Wattebausch gelegt. Die stets auseinandergenommen in Alkohol aufbewahrte Rekordspritze wird alsdann 2—3 mal mit dem gekochten Wasser durchgespült, nachdem vorher ein kleiner Hahn aufgesetzt wurde. Alsdann werden 8 ccm Wasser in die Spritze gefüllt und darin das Neosalvarsan gelöst, dessen Deckel jetzt durch leichten Druck mit einem Finger zu entfernen ist. Der Spritzenstempel wird darauf in dem restierenden Wasser durch Eintauchen von dem anhaftenden Alkohol befreit, aufgesetzt und der Hahn geöffnet. Nach Aufsetzen der in der üblichen Weise vorbereiteten Kanüle wird die Luft verdrängt und das auf die Kanüle ausfließende Salvarsan mit einem Benzin- oder Alkoholwattebausch entfernt, der gleichzeitig darauf zur Hautdesinfektion dient. Nach Ablauf der Injektion und Stehen eventueller kleiner Blutaustritte wird die Einstichöffnung jodiert, mit einem kleinen Wattebausch bedeckt und mit einem Kautschukpflaster verschlossen, das der Patient angewiesen wird nach zwei Tagen zu entfernen.

Auf die beschriebene Weise gebraucht man weder eine Assistenz, noch ein besonderes Instrumentarium. Auf dieselbe Weise kann man auch das Blut für die Wassermannsche Reaktion abnehmen, ohne daß auch nur ein Tropfen daneben kommt. Nach Einstechen der mit der Kanüle armierten Spritze füllt sich diese automatisch durch den Blutdruck.

Als Anfangsdosis wählte ich meist 0,3 g Neosalvarsan, der eine

Digitized by Google

zweite mit 0,45 und eine dritte mit 0,6 g folgte, in Abständen von acht Tagen. Darauf unterzog ich den Patienten noch einer energischen Hg-Kur.

Was die Wirkung des auf diese Weise eingeführten Neosalvarsans anlangt, so ist diese meist prompt und deutlich zu erkennen. Lediglich zwei Fälle mit Psoriasis palmaris erwiesen sich als besonders hartnäckig, wie das ja auch schon andere Autoren gefunden haben. In dem einen Fall heilte diese erst nach zwei weiteren Injektionen von 0,45 und 0,6 ab, in dem anderen Fall mußte außerdem noch 0,45 Salvarsannatrium bis zur völligen Abheilung injiziert werden.

An Nebenwirkungen wurden manchmal Kopfschmerzen, bei frischen Fällen auch Fieber beobachtet, das aber meist am anderen Tage verschwunden war. Jedenfalls war es nie so hochgradig und anhaltend, daß die Patienten nicht ihrem Berufe hätten nachgehen können. Die ambulante Behandlung konnte stets durchgeführt werden. Wenn möglich wählte ich die späteren Nachmittagsstunden für die Injektion und forderte die Patienten auf, sich bald zur Ruhe zu begeben. Mehreren auswärtigen Patienten wurde geraten, nicht sofort nach der Injektion zu reisen. Doch ohne Ausnahme unterzogen sie sich auf eigene Verantwortung einer 2—3stündigen Eisenbahnfahrt, ohne daß dabei unangenehme Erscheinungen sich eingestellt hätten. Auch größere körperliche Anstrengungen glaubte ich stets kurz nach der Injektion verbieten zu müssen. Trotzdem haben zwei Herren, nach einer Injektion von 0,6 g Neosalvarsan, jeweils sofort wieder ihren Dienst versehen und längere Ritte unternommen und Turnübungen abgehalten, ohne den geringsten Schaden. Des öfteren wurde von einzelnen Patienten über einen spezifischen Geschmack kurz nach der Injektion geklagt, wie das auch schon von anderer Seite beobachtet wurde. Erbrechen habe ich nur in zwei Fällen gesehen. Beide Herren erholten sich sehr rasch wieder. Der eine Fall betrifft einen der oben erwähnten beiden Herren, bei dem es jedesmal sofort nach der Injektion zu heftigstem Brechreiz kam. Auf Zureden, daß dieser Reiz wohl zu unterdrücken sei, erfolgte in der Tat später kein Erbrechen mehr, doch der Reiz stellte sich nach wie vor ein.

Vorsichtig muß man bei hysterischen weiblichen Patienten sein. So erinnere ich mich einer Hysterika, der ich vorsichtshalber nur 0,15 g Neosalvarsan injizierte und sie anwies, sofort nach Hause zu fahren. Statt dessen ging sie im Tiergarten spazieren und fiel angeblich um. Nach Hause gebracht, erholte sie sich sehr rasch wieder. Am nächsten Nachmittag erhielt ich schon einen Brief, in dem sie ihr Erlebnis schildert und darauf hinweist, daß sie sich wieder ganz wohl fühle. Sie habe so furchtbar Angst gehabt, daß etwas passieren könne.

Digitized by Google

Unangenehm sind die Infiltrate, die entstehen, wenn etwas von der Flüssigkeit in das subkutane Gewebe dringt. Ich habe ein solches Vorkommnis nur einmal bei einer Salvarsannatriuminjektion erlebt, aus weiter unten zu schildernden Gründen. Die übliche Therapie brachte es rasch zum Verschwinden. Eine Funktionsbehinderung bestand nur in den ersten Tagen in geringem Grade. Alle Injektionen erfolgten glatt, nur bei Frauen hat man oft große Schwierigkeiten wegen der dünnen und meist tiefliegenden Venen. So gelang mir bei einer Patientin mit solchen Venen die zweite und dritte Injektion nicht. Bei der ersten war wohl besonderes Glück dabei.

Intramuskulär habe ich das Neosalvarsan in konzentrierter Form nur in einem Fall verabfolgt. Es stellten sich Schmerzen, Infiltration und Rötung ein, die auf einen sich entwickelnden Abszeß hinwiesen, ohne daß es jedoch dazu kam.

Da das Neosalvarsan bekanntlich dem Altsalvarsan etwas an Wirkung unterlegen ist, so war die Einführung des Salvarsannatriums zu begrüßen; war dadurch vielleicht die Möglichkeit gegeben, daß man alsdann auch das Altsalvarsan in konzentrierter Form zuführen könne, ohne die Nebenerscheinungen zu erhalten, wie sie bei konzentrierten Altsalvarsaninjektionen oft gesehen wurden.

Schon Wechselmann beobachtete wesentliches Unbehagen und Erbrechen, wenn er das Salvarsannatrium in hochkonzentrierter Form gab. Er geht deshalb auf eine Konzentration von 0,1 : 10 herunter, was bei einer Salvarsannatriumdose von 0,45 45 ccm Flüssigkeit erfordert. Dabei kann man dann nicht mehr gut von einer Injektion konzentrierter Lösungen sprechen.

Dreyfus löst das Salvarsannatrium in bidestilliertem sterilem Wasser und injiziert es in konzentrierter Form. Er löst 0,15—0,75 g in 30 ccm Wasser und benutzt dazu eine 30 ccm fassende Spritze.

Nun läßt sich aber nach der von mir beschriebenen Technik eine Injektion nicht mehr lege artis machen, wenn man eine 20 ccm-Rekordspritze verwenden muß, von einer 30 ccm fassenden ganz abgesehen. Es sind mir dennoch mit einer 20 ccm-Spritze mehrere Injektionen glatt gelungen, aber die gewöhnlich verwandten kurzen Nadeln und der dicke Umfang der Spritze erschweren die Injektion doch sehr.

Es fragt sich nun, warum kann man das Neosalvarsan in hochkonzentrierter Form verabreichen — wird es doch von einigen Autoren in nur 2 ccm Flüssigkeit gelöst — und warum beobachtet man beim Altsalvarsan und Salvarsannatrium, doch sehr ähnlich chemisch konstituierten Körpern, Nebenwirkungen bei konzentrierter Zufuhr?

Vor allem fiel mir gleich die stark alkalische Reaktion des Sal-

Digitized by Google

varsannatriums auf, die ich für die von den genannten Autoren beobachteten Nebenwirkungen verantwortlich mache. Diese hohe Alkaleszenz wirkt deletär auf die Blutelemente. Ich habe mich von dieser meiner Vermutung gelegentlich histochemischer Untersuchungen überzeugt. Während ich bei Anwendung einer 1% igen Neosalvarsanlösung und Nachbehandlung mit Albargin die schon öfter beschriebene Kernfärbung erhielt, waren die Leukozyten bei entsprechender Anwendung des Salvarsannatriums aufgelöst und abgeschwemmt. Diese Erscheinung beobachtet man nur bei hochgradig alkalischen Flüssigkeiten. Das Salvarsannatrium ist in seiner jetzigen Form noch zu stark alkalisch für die Anwendung in konzentrierter Form. Verfolgt man diese Verhältnisse weiter, so findet man, daß man beispielsweise einer 1% igen Salvarsannatriumlösung (0,15 g auf 15 ccm) glatt 64 Tropfen einer $^1/_{10}$ Normalsalzsäure zusetzen kann, bis sie alkalisch reagiert[1]).

Ich löste 0,15 g Salvarsannatrium in 15 ccm destilliertem Wasser und versetzte mit zwei Tropfen alkoholischer Phenolphthaleinlösung. Bei tropfenweisem Zusatz von $\frac{n}{10}$-Salzsäure bleibt die Flüssigkeit bis Tropfen 41 klar. Dann trübt sie sich ganz leicht. Vorher etwa ausgeschiedene Base löst sich sofort wieder. Erst bei Tropfen 64 ist die rote Farbe des Phenolphthaleins völlig verschwunden[2]). Man kann daher, ohne daß die geringsten Niederschläge entstehen, 30 Tropfen = 2 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure auf 0,15 g Salvarsannatrium zusetzen und so dessen Alkaleszenz wesentlich herabsetzen.

Will man beispielsweise 0,15 g Salvarsannatrium injizieren, so muß man in die 10 ccm-Rekordspritze erst 2 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure bringen, darauf mit destilliertem Wasser auf ca. 8 ccm auffüllen und darin das Salvarsannatrium lösen. Bei 0,3 g Salvarsannatrium muß man 4 ccm der erwähnten Salzsäure nehmen, usw. Bei 0,6 g Salvarsannatrium kann man dieses gleich in ein Zehntel Normalsalzsäure auflösen. (Die Salzsäure darf aber nicht etwa mit dem Wasser gekocht werden.)

Ich bin der Überzeugung, daß durch die abgeschwächte Alkaleszenz auch das konzentrierte Salvarsannatrium besser vertragen werden wird und wäre im Interesse der Wissenschaft sehr dankbar, wenn dieser Vorschlag an Stellen mit größerem Material Berücksichtigung finden würde.

---

[1]) Das sind für 0,6 g Salvarsannatrium 256 Tropfen oder 17 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure! —

[2]) Eine Reduktion des Phenolphthaleins ist etwa noch nicht eingetreten, auf KOH tritt sofort die rote Farbe wieder auf.

Digitized by Google

Durch die Ansäuerung sind wir, glaube ich, aber doch nicht vom Regen in die Traufe gekommen, denn ich halte das Auflösen des Salvarsannatriums in Salzsäure + Wasser immer noch für einfacher als das Bereiten der Altsalvarsanlösung.

Literatur.

FRÜHWALD, M. m. W., 1913. Nr. 45. — WECHSELMANN, M. m. W., 1915, Nr. 6. — DREYFUS, M. m. W., 1915, Nr. 6.

Versammlungen.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermatology.)

Sitzung vom 17. Dezember 1914.

1. Angiokeratom, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 17jährige Patientin leidet seit sieben Jahren an einer Eruption der Handrücken, die während des Winters stets schlechter wurde, im Sommer aber stationär blieb. Neuerlich sind auch an den Füßen Läsionen aufgetreten. Die Zirkulation in den Händen und Fingern ist schlecht, die Patientin schwitzt stark. Es fanden sich auf den Fingerrücken und an den Gelenken kleine, blaßrote Knötchen, meist in Gruppen angeordnet, von denen viele flach und derb waren. Es bestand kein Schmerz, nur bluteten die Effloreszenzen leicht. Dazwischen waren kleine Bläschen eingestreut. Dieselben Läsionen fanden sich auf den Großzehenrücken und über der Ferse. Histologisch fand sich Erweiterung der Blutgefäße und Hypertrophie der Hornschicht; in der Kapillarschicht der Kutis ein großer Hohlraum mit Blutkörperchen und wenig Bindegewebe. Die Lymphspalten waren erweitert, die oberen Kutisschichten zeigten Entzündung.

In der Besprechung wurde von verschiedenen Verfassern die Diagnose „Angiokeratom" abgelehnt und auf Hyperidrosis und Cheiropompholyx gestellt.

2. Erythema pernio, (?) Lupus erythematosus, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 16jährige Patientin hat das Leiden seit vier Jahren an der linken Hand, seit einigen Wochen auch an der rechten Hand; es tritt Ende September auf, besteht während des Winters und verschwindet im Sommer völlig. Es findet sich auf den Fingerrücken ein Erythem und kleine, teils isolierte, teils gruppierte Knötchen. Einige davon, in der Nähe der Fingerspitzen, sind ulzeriert und krustös.

In der Besprechung wurde die Affektion als typischer Lupus erythematosus angesehen.

3. Fall zur Diagnose: (?) Persistentes noduläres Erythema multiforme, von H. MACCORMAC. Das Leiden begann bei der 64jährigen Frau vor sechs Monaten am linken Fuße und ergriff dann Hände, Knie, Ellenbogen und zeigte schließlich symmetrische Lokalisation. Die Eruption begann als kleine, flache Läsionen mit Neigung zu peripherem Wachstum, während sie im Zentrum abheilten. So entstanden verschieden große Ringe mit deutlichem, erhabenem Rande von normaler Hautfarbe an Knien, Ellenbogen und Handgelenken. An den Ohren und Nasenlöchern sind sie purpurfarben und zeigen stellenweise oberflächliche Nekrose. Es bestand Neigung zur spontanen Resolution.

4. Fall zur Diagnose: (?) Multiples Ulcus rodens oder Epithelioma adenoides cysticum, von E. G. GRAHAM LITTLE. Bei dem 40jährigen Manne trat vor 20 Jahren

Digitized by Google

ein warzenartiges Gebilde an der Oberlippe auf, dem allmählich ähnliche Tumoren in der Nähe der Lider, an den inneren Augenwinkeln, den Schläfen, den Ohren und der Nasenwurzel folgten. Die Tumoren waren von verschiedenem Aussehen: die einen warzenartig, die anderen wachsig, durchscheinend. Die größeren hatten an der Oberfläche ein Netzwerk erweiterter Blutgefäße. Nachdem die Knoten längere Zeit wachsartig ausgesehen hatten, wurden sie pigmentiert. Niemals war Ulzeration eingetreten.

5. Zwei Fälle von Wachstumsstillstand der Kopfhaare aus unbekannter Ursache, von E. G. Graham Little. Die 20jährige Patientin hatte vor drei Jahren Alopecia areata; es kamen bald wieder dicht Haare nach, doch blieben sie plötzlich bei einer Länge von 1 Zoll stehen. Es wurden völlig normale Verhältnisse bezüglich der Haare, der endokrinen Drüsen usw. gefunden.

Ein 14jähriges Mädchen hat niemals Haare, die länger als $1^1/_2$ Zoll waren, gehabt. Die Haare stehen spärlich, sind schwach und glanzlos, erscheinen aber mikroskopisch normal. Die Untersuchung des Kindes ergab auch sonst keine pathologischen Veränderungen.

6. Fall zur Diagnose. (Noch nicht beschriebenes Granulom), von Dudley Corbett. Das Leiden trat vor vier Jahren auf, bestand regelmäßig im Winter und verschwand im Sommer; da es einem Syphilide sehr ähnlich sah, wurde es antisyphylitisch behandelt, doch ohne Erfolg. Befallen sind das Gesicht, der Hals, Stamm, Extremitäten einschließlich Handteller und Fußsohlen. Es finden sich verschiedene Stadien der Erkrankung: 1. Kleine, stecknadelkopfgroße, gelbrötliche Knötchen. 2. Erbsengroße Papulovesikeln, an der Basis rötlich, mehr weißglänzend an der Spitze. Auf Druck entleert sich eine seröse Flüssigkeit. 3. Flache blaurote Papeln mit Schuppen bedeckt. 4. Kleine, runde, bläulichrote, leicht purpurn gefärbte Flecke. Rapide Heilung durch Röntgenstrahlen. Über die Diagnose konnte eine Einigung nicht erzielt werden.

7. Fall zur Diagnose: (?) Xantho-erythrodermia perstans, von S. E. Dore. Ein 35jähriger Mann, der seit zehn Tagen eine akute, makulöse, erythematöse Eruption vom Charakter der Pityriasis rosea hat; doch hat sie einen eigentümlichen Stich ins Gelbe. An beiden Schienbeinen ein Herd von chronischer Dermatitis von ebenfalls gelber Farbe, der ebenso wie einige atrophische Flecken am Kopfe seit einem Jahre besteht. Wegen der Ähnlichkeit der Farbe der Herde glaubt D., daß es sich bei beiden Affektionen um dasselbe Leiden: Xantho-erythrodermia perstans handle.

In der Besprechung sprechen sich mehrere für Pityriasis rosea aus.

8. Alopecia areata des Kopfes und der linken Augenlider, von S. E. Dore. Bei dem elfjährigen Knaben waren die Lider des linken Auges völlig haarlos. Dieselben Regionen waren schon vor einem Jahre befallen gewesen. Die Refraktion war normal.

9. Lichen planus hypertrophicus mit Exkoriationen, von S. E. Dore. Das Leiden begann bei der 56jährigen Frau vor sechs Jahren, verschlimmerte sich aber in den letzten drei Jahren. Es finden sich hauptsächlich an den Hüften und Oberschenkeln, verstreut an Rücken, Schultern und Armen erhabene, bläulichrote Herde von unregelmäßiger Größe und Form, von denen zahlreiche auf der Oberfläche tief exkoriiert sind. Einige Herde sind mit Hinterlassung atrophischer Flecke spontan geschwunden.

10. Lupus erythematosus der Finger und Lupus pernio der Nase, von P. S. Abraham. Die Affektion fand sich seit zwei Jahren bei einer 50jährigen schwächlichen Frau ohne tuberkulöse Belastung.

Sitzung vom 21. Januar 1915.

1. Ein Fall von Pemphigus vegetans, von J. J. Pringle. Bei dem 28jährigen Soldaten traten Ende September 1914, angeblich durch Reibung seitens der Erkennungs-

Digitized by Google

marke, auf der Oberbrust und in der linken Achselhöhle große Blasen auf, denen rasch andere auf verschiedenen Körperstellen folgten. Wann die Läsionen im Munde erschienen, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, doch geschah dies jedenfalls sehr bald. Die Primärläsionen waren stets Blasen von Erbsen- bis zu Hühnereigröße, nach deren Platzen exkoriierte, nässende Flächen zurückblieben. Blasen und Exkoriationen fanden sich in größter Menge in den Achselhöhlen, den Ellenbeugen, im unteren Teile des Gesichts, hinter den Ohren, auf dem Rücken und den Nates. Die Blasen erschienen auf normaler Haut, zeigten nirgends herpetiforme Anordnung oder Symmetrie. Drei große Blasen fanden sich ferner auf dem rechten Ober- und Unterschenkel, eine auf dem Präputium, sowie Erosionen am Margo praeputii und auf der Eichel. Die Blasen hatten alle eitrigen Inhalt. Auf den Lippen, dem harten und weichen Gaumen, der Zunge und der übrigen Mundschleimhaut fanden sich Bläschen und tiefe Erosionen; ebenfalls Bläschen an den Nasenlöchern und Konjunktiven. Seit dem Bestehen der Blasen in den Axillen zeigte sich dort eine „vegetative Dermatitis" oder „Kondylomatose". Es bestand Fieber, Erschwerung des Sprechens und des Schluckens.

Am 8. Dezember erschien zum ersten Male auf der Brust eine kleine, klare Blase, deren Inhalt steril war; in den anderen Blasen fanden sich Staphylokokken. Wassermann war negativ, Blutkulturen blieben steril. In Kulturen von den Exkoriationen fanden sich Staphylokokken, ein diphtheroider Bazillus und Bacillus proteus. Das Blutbild war normal, keine Eosinophilie. Der Urin ohne pathologische Bestandteile. Der Kranke wurde mit wöchentlichen Injektionen einer gemischten Vakzine von Staphylococcus albus aus den Blasen, Bacillus proteus und von koliähnlichen Bazillen aus den Fäzes behandelt. Bis Weihnachten hielt der schwere Krankheitszustand an, seither erfolgte aber eine so beträchtliche Besserung des lokalen und des Allgemeinbefindens, daß der Kranke entlassen werden konnte. Es waren nur einige abortive Blasen noch aufgetreten, die großen Erosionen waren verheilt, doch war die Epidermis leicht abhebbar. Nirgends blieben Narben. Nur die Temperatur war noch hoch.

In der Besprechung berichtet Whitfield über einen Fall. Der Kranke hatte im Mai 1914 Erosionen auf dem Munddache; unter der Diagnose Pyorrhoe wurde ein Backenzahn entfernt, wodurch der Zustand verschlimmert wurde. Zwei oder drei Monate später trat „Pruritus ani" auf, doch waren keine Blasen am Körper zu sehen. Das ganze Perineal- und Sakroinguinalbereich war von bläulichgrauen, kondylomatösen Massen eingenommen. Es traten dann klare Bläschen am Oberschenkel, sowie Blasen im Naseninneren und Läsionen am linken Auge auf. Die histologische Untersuchung ergab Blasen auf dem Grunde der Vegetationen (? Der Ref.). In den Bläschen fanden sich Staphylo- und Streptokokken. Urin, Blut, Liquor normal, Wassermann negativ.

2. Fall von Lupus erythematosus, von George Pernet. Bei dem 53jährigen Manne hatte das Leiden vor sechs Monaten am linken Ohre begonnen, drei Monate später wurde die Nase befallen. Am Ohre fand sich eine halbkreisförmige Läsion mit scharfem, schmalem Rande, der eine oberflächlich atrophische Stelle umschloß. Die Nasenspitze war rot, mit deutlichen Talgdrüsenmündungen und zeigte eine weiche, feuchte Kruste.

3. Pityriasis rubra pilaris bei einer Schwangeren, von H. W. Barber. Das Leiden hatte bei der 43jährigen Frau vor zwei Monaten begonnen. In der Intermammarregion fanden sich erhabene follikuläre Papeln mit dunkeln Hornpfröpfen im Zentrum; dieselben Knötchen fanden sich auf dem Stamme und den Oberarmen. Die Haut der Hände und Füße war verdickt, dunkelbraun gefärbt; die feinen Linien waren durch tiefe Fissuren ersetzt. Die Haut des Gesichts, besonders um die Ohren, war gerötet und schuppend.

Digitized by Google

4. Trockene Zehengangrän bei einem 16 Monate alten Kinde, von J. H. Sequeira. Bei dem Kinde fanden sich an einigen Zehen trockene, schwarze, gangränöse Herde, die zum Teil schon abgestoßen waren. Die umgebende Haut war völlig normal. Es konnte keine Ursache für die Gangrän (Syphilis, Trauma usw.) gefunden werden.

5. Eier von Haematopinus suis, von Sequeira. An den Borsten einer Haarbürste fanden sich große, schwarzbraune Nisse angeklebt. Es handelt sich um Eier der Schweinelaus, die nicht auf den Menschen geht.

6. Erythema gyratum recurrens, von Alfred Eddowes. Die Läsionen bei dem fünfjährigen Mädchen waren rund, schalenförmig, das Zentrum konkav, der Rand erhaben, scharf von der normalen Haut abgegrenzt. Es war dies die sechste Attacke innerhalb von zwei Jahren; jede dauert etwa drei Monate. Meist ist auch eines der Augen befallen.

7. Ringworm der Hand, von J. M. H. MacLeod. Die Patientin hat eine ekzematoide Trichophytie in der rechten Hohlhand. Der Herd ist flach, gelblichrot, zeigt im Inneren einen erodierten Ring und ist von einem Saume exfoliierender Epidermis umgeben. Die Frau hat drei an Mikrosporie leidende Kinder, die die Infektionsquelle sein dürften. Während ekzematoide Trichophytie durch Epidermophyton inguinale häufig ist, ist die Infektion mit Mikrosporon bei Erwachsenen selten.

8. Hyperidrosis palmaris, von H. G. Adamson. Die 16jährige Patientin schwitzt so stark an den Händen, daß der Schweiß heruntertropft.

Pringle erwähnt einen ähnlichen, aber intensiveren Fall von Hyperidrosis palmaris et plantaris, die nach einem Sonnenstiche aufgetreten war.

9. Fall von Lichen spinulosus, von E. G. Graham Little. Das Leiden begann bei dem zehnjährigen Mädchen vor einem Jahre an den Knien und hat sich seither allmählich ausgebreitet. Am stärksten befallen sind die Schultern, die hinteren Achselfalten, Ellenbeuge und -bogen, Außenseite der Oberschenkel, Knie und Kniekehle. Es finden sich zwei Formen von Läsionen: blasse, farblose, follikuläre Papeln mit einem Stachel, und gröbere, rote, spitze Papeln wie bei Pityriasis rubra pilaris. Die letzteren Formen fanden sich hauptsächlich an Ellenbogen und Knien. Es bestand kein Jucken.

10. Fall von Pityriasis rosea, von E. G. Graham Little. Auffallend war bei dem Falle, daß die Herde sehr stark schuppten und daß am Rücken einige dunklere Herde waren, die gegen die übrigen stark abstachen.

11. Fall von Parapsoriasis en plaques, von E. G. Graham Little. Der Fall betraf ein zwölfjähriges Mädchen. Der charakteristischste Herd fand sich außen am rechten Oberschenkel; er war handgroß, schwachrot gefärbt, etwas serpiginös begrenzt, fast unmerklich infiltriert, etwas erhaben. Die Follikelmündungen klafften. Ähnliche Herde waren am linken Oberschenkel, an den Nates, Unterschenkeln und Schultern. Die Affektion besteht seit einem Jahre. Wesentliche Änderung durch eine starke Salizylsalbe.

12. Lymphadenom mit Hautläsionen, von W. Knowsley Sibley. Referat s. diesen Band, S. 689. R. Frühwald-Leipzig.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

August—September 1914.

1. Die präkanzeröse Bowensche Dermatose, linsen- und scheibenförmige Dyskeratose, von J. Darier. Darier teilt drei neue Fälle der zuerst von Bowen als

Digitized by Google

präkanzeröse Dermatose beschriebenen Affektion mit. Es handelt sich um vereinzelt oder multipel in verschiedenem Alter und bei beiden Geschlechtern, an Stamm und Extremitäten vorkommende, linsen-, münzen- oder scheibenförmige, papulosquamöse Effloreszenzen mit langsamer Entwicklung und Neigung zur Gruppierung und Konfluenz. Sie bilden allmählich eine dicke, hyperkeratotische Schicht, nach deren Entfernung ein teils glatter, teils granulierender, papillomatöser, hellroter Grund vorliegt. Einmal fanden sich neben diesen typischen Gebilden auch blasse Flecke, von rundlicher oder unregelmäßiger, scharf abgegrenzter Form, von rosa bis bräunlicher Farbe und mit schuppender, zum Teil leicht atrophisch aussehender Oberfläche, vielleicht als Initialstadium, vielleicht als Abortivform der typischen Effloreszenzen. In zweien der Fälle waren ferner ulzerierte Tumoren vorhanden, einmal am Vorderarm und einmal am Rücken, mit stark vergrößerten, derben, regionären Lymphdrüsen. Eine sichere Diagnose ließ sich nur mit Hilfe der Biopsie stellen. Histologisch fanden sich nun in sämtlichen untersuchten Effloreszenzen dieselbe Veränderung im Epithel: Ödem und Vakuolisation der Zellen des Stratum Malpighi, Vergrößerung und Unregelmäßigkeit mancher Stachelschichtzellen mit Riesenkernen und eine fehlerhafte Verhornung mit Bildung der sogenannten runden Körper in der Hornschicht, die Dyskeratose. Ältere Plaques zeigen außerdem enorme Hyper- und Parakeratose und atypische Epithelwucherung bis zur malignen Entartung in zwei Fällen. In den Drüsenmetastasen dieser beiden fand sich ebenfalls Dyskeratose. Das histologische Bild zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem der Pagetschen Krankheit, jedoch ist diese niemals hyperkeratotisch, sondern oberflächlich erodiert und nässend, außerdem auch auf die weibliche Brust allein beschränkt. Es handelt sich daher sicher um eine besondere Hautaffektion, wie sie Bowen zuerst beschrieben und richtig als präkanzeröse Dermatose bezeichnet hat, obwohl in seinen Fällen noch keine maligne Entartung vorhanden war. Darier schlägt vor, diesen Namen beizubehalten, oder die Krankheit linsen- und scheibenförmige Dyskeratose zu nennen.

2. Über Naevus anaemicus, von Nauta und Lavau. Zusammenstellung von 17 deutschen Fällen und einem eigenen.

3. Beitrag zum Studium des Zeckenstiches, von Narbel. Verfasser beobachtete an der Bißstelle von Ixodes ricinus etwa 24 Stunden nach Wegnahme der Zecke das Auftreten eines 5 mm breiten, scharf begrenzten, erythematösen Kreises, der allmählich exzentrisch nach außen wanderte und erblaßte, wenn er 10—15 cm Durchmesser erreicht hatte. Der Ring entsteht durch das beim Biß eindringende, koagulationshemmende Zeckengift, das auch die sehr rasch eintretende, schmerzhafte Schwellung der regionären Drüsen hervorruft. W. Lutz-Basel.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1915, Heft 2.

1. Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von Agostino Pasini. In einem Vortrage führt Verfasser zunächst in einer historischen Übersicht aus, wie seit alters her Krieg und Geschlechtskrankheiten in einem innigen Zusammenhange stehen. Er weist auch besonders auf die Beziehungen zwischen der Verbreitung der Syphilis und dem neapolitanischen Feldzuge Karls VIII. hin, die jener ja den Namen „Morbus gallicus" eingebracht haben. In den Kriegen der letzten Zeit sind daher von gewissenhaften Heeresverwaltungen Vorkehrungen zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten getroffen worden, wie z. B. von den Japanern im russisch-japanischen Kriege durch die Einführung hygienischer Freibordelle. Die große Zahl der Geschlechtskranken im gegenwärtigen Weltkriege veranlassen den Verfasser nun, die Aufgaben der Militärsanitätsverwaltung hinsichtlich der Geschlechtskrankheiten zu skizzieren. Zunächst

Digitized by Google

bespricht er die Prophylaxe, die Warnungen und die verschiedenen chemischen Methoden (Waschungen mit Sublimat, Protargoleinträufelungen, Kalomelsalbe); in der italienischen Marine haben letztere gute Resultate erzielt. Verfasser druckt auch die Warnungen der deutschen Militärverwaltung in Belgien ab. Was nun die Therapie der einzelnen Krankheiten betrifft, so ist Verfasser dafür, daß akute Blennorrhoen klinisch in Feld- oder Landspitälern behandelt werden sollen. Chronische Formen hindern nicht am Felddienste, sofern sie nicht von Komplikationen begleitet sind, die ihrerseits allerdings einen langen Aufenthalt im Landspitale erfordern. Weiche Geschwüre können im Feldlazarett behandelt werden. Bei primärer oder florider sekundärer Syphilis ist die Isolierung im Feldspitale erforderlich. Latente sekundäre oder tertiäre Syphilis kann mittels einer methodischen Jod- oder Quecksilberkur ambulant behandelt werden. Patienten mit tertiärsyphilitischen Erscheinungen müssen aber zu einer energischen, prolongierten Kur in die Heimat geschickt werden.

2. Über die Gegenwart verschiedener Antikörper im Serum Syphilitischer, von F. Porcelli-Titone. Die Tatsache, daß das Serum Syphilitischer mit zwei verschiedenen Antigenen Komplementablenkung ergeben könne, mußte zur Annahme führen, daß zwei verschiedene Antikörper im Serum vorhanden seien. Verfasser hat nun Syphilitikersera daraufhin untersucht, indem er einmal syphilitischen Leberextrakt, einmal Meerschweinchenherz oder eine Mischung von beiden als Antigen benutzte; die Resultate der Untersuchungen weisen nun tatsächlich darauf hin, daß zwei verschiedene Antikörper vorhanden sind. Deshalb darf die Wassermannsche Reaktion, mit verschiedenen Antigenen angestellt, nicht als gleichwertig angesehen werden. Die Versuche müssen noch weiter fortgesetzt und auf alle Substanzen, die als Antikörper dienen können, ausgedehnt werden. Sie stärken die Annahme, daß im Syphilitikerserum tatsächlich ein spezifischer Antikörper vorhanden sei, neben anderen, die aus anderen, mit der Infektion in Zusammenhang stehenden Ursachen entstanden sind und nicht so spezifisch sind.

3. Multiple Syphilome der Vagina, von Giovanni Cavagnis. Bei der 22jährigen Prostituierten fand sich $^1/_2$ cm hinter dem Introitus auf der rechten Vaginalwand eine ovale Erosion, leicht eleviert, halbcentesimostückgroß, dunkelrot, scharf umschrieben, pergamentartig, indolent. Auf der linken Seite, 2 cm hinter dem Introitus, eine analoge, ulzerierte, wenig sezernierende Läsion. In der halben Höhe der Vagina, auf der Hinterwand, fand sich ein centesimostückgroßer, kreisrunder, dunkelroter, leicht elevierter, erodierter Herd. Etwas weiter rechts eine der zweiten analoge Läsion. Links auf der Vorderwand eine halbcentesimostückgroße erodierte, infiltrierte, nässende Stelle. Alle Läsionen waren derb indolent und enthielten Spirochäten in verschiedener Menge. In den Leisten bestand indolente Drüsenschwellung. Wassermann positiv. Verfasser weist auf die Seltenheit der Primäraffekte in der Vagina, zumal der multipeln, hin. Den Grund dafür sieht er in dem derben Plattenepithel der Vagina und der schleimigen Sekretion, welche beide eine Verletzung der Vaginalwand erschweren, sowie in der sauren, bakteriziden Reaktion des Sekrets.

4. Pathologisch-anatomische Beobachtungen und kritische Bemerkungen über Endotheliome und Spindelzellensarkome der Haut, über pigmentierte Nävustumoren und basozelluläre zystische Epitheliome, von Giuseppe Mariani. Beschreibung einiger Fälle und eingehende histologische Untersuchung. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die morphologischen Eigenschaften nicht ausreichen, um genau die Natur, die Grenzen und die Verwandtschaften der Neubildungen festzulegen. Jene sind nur die Effekte von diversen Reizen auf das Gewebe; bei verschiedener Intensität der Reize, der verschiedenen Art der

Digitized by Google

Gewebe usw. kann natürlich der Effekt des Reizes, i. e. das morphologische Aussehen, im einzelnen Falle ganz verschieden sein. Das ist natürlich sehr bedauerlich, da bei der völligen Unkenntnis der Ätiologie der Tumoren die morphologischen Einzelheiten eine große Rolle spielen.

5. Beitrag zum Studium der Hypertrichosis circumscripta congenita der Wirbelsäule ohne Spina bifida, von Carlo Vignolo Lutati. Beschreibung zweier Fälle.

6. Tinea trichophytica der Kopfhaut, von Carlo Botelli. Bei dem 40jährigen Patienten ist die unbehaarte Haut an verschiedenen Stellen des Stammes und der Arme, sowie der Bart, Schnurrbart und die behaarte Kopfhaut in ihrer Gesamtheit befallen. An ersteren Stellen manifestiert sich die Krankheit in einer erythematovesikulösen Form; an den behaarten Stellen dagegen nimmt sie mehr oder weniger infiltrativen Charakter an, der am Kopfe am meisten ausgesprochen ist. Als Erreger wurde Trichophyton exsicatum festgestellt.

Histologisch fanden sich die Haare in ihrer ganzen intrafollikulären Ausdehnung von Pilzen befallen. Durch diese wird ein entzündlicher Prozeß und die Einwanderung von Leukozyten bedingt; diese drängen entweder die Zellen der Epithelialscheide nur auseinander oder sie zerstören sie, wenn sie in großen Massen angesammelt sind. Infolge der Zerstörung des Follikels finden sich Fragmente pilzhaltiger Haare frei in der Kutis, wo sie starke Entzündungserscheinungen mit Ödem und Leukozyteninfiltration hervorrufen. Die Leukozyten nehmen die Pilze auf; diese finden sich nicht frei in der Kutis. In der Umgebung der erkrankten Follikel und in der oberen Subkutis findet sich Entzündung mit Abszeßbildung. R. Frühwald-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

Januar 1915, H. 1.

1. Fett-Transplantation bei chirurgischer Behandlung im Urogenitaltraktus, von Gustav Kolischer-Chicago. Zum Referieren nicht geeignet. Verfasser verliert sich in eine detaillierte Beschreibung der chirurgischen Eingriffe — Pyelotomie — zur Entfernung von Nieren, Konkrementen und Prostatektomie.

2. Über neue Behandlungsmethoden in der Dermatologie, von Norman Meachen-London. Gegenüber den großen Fortschritten der Syphilodologie in den letzten Jahren scheint die dermatologische Forschung wenig geleistet zu haben. Diese irrige Ansicht sucht der Verfasser zu widerlegen. Er erwähnt zunächst von Allgemeinreaktionen und Allgemeinbehandlung, die sich jetzt eingebürgert haben: die verschiedenen Tuberkulinverwendungsmethoden für Diagnose und Therapie, die für einen vorsichtig dosierenden und abwartenden Arzt oft gute Erfolge zeitigen, ferner die Anwendung von Vakzine-Impfungen bei Sykosis oder pyogenen Dermatosen (Akne, seborrhoisches Ekzem usw.). Von den lokalen Behandlungsmethoden bespricht der Verfasser 1. die sogenannten „physikalischen". a) die X-Strahlen, die dank unserer besseren Messungsmethoden kaum noch Schädigungen an der Haut hervorrufen und sich bei Lupus, Ulcus rodens, Favus usw. sehr bewährt haben, b) das Radium, das abgesehen von den malignen oder benignen Neubildungen, bei den durch Juckreiz und Brennen sehr quälenden Dermatosen (Pruritus, chronisches Ekzem usw.) sehr gute Dienste leistet. c) das Finsen-Licht, die Kromayer-Lampe mit ihren Erfolgen bei Alopecia areata und Rosacea. d) Heißluftapplikationen bei lokalisiertem Pruritus und chronischem Ekzem, e) die Diathermie. Freilich haben viele dieser Methoden den Nachteil, daß die Apparate sehr kostspielig sind. 2. Das Kohlensäureschnee-Verfahren, das die Vorzüge der Hyperämie mit einer zerstörenden Kraft auf die Gewebe vereinigt und für Warzen- und Nävibehandlung allen anderen Methoden überlegen ist und auch bei anderen Dermatosen (Ulcus

Digitized by Google

rodens, Lupus erythematosus usw.) sich bewährt hat. Verfasser bespricht dann die ziemlich einfache und nicht zu teure Herstellung. 3. Die Behandlung mit Ionen, d. h. die elektrische Ionisation der Epidermis. MEACHEN erläutert ausführlich dieses Verfahren. Die Ionisation mit Hg und Kupfer- oder Zinksalzen eignet sich unter anderem bei Sykosis, Favus, Alopecia areata, Warzen; die Ionisation mit Chinin hat bei Herpes zoster, die mit Salyzil bei Akne gute Erfolge gezeitigt. 4. Chemische Agentien. Das Jod und das Hydrogenperoxyd in statu nascendi wirken günstig bei Schleimhauterkrankungen, beim Lupus usw. Verfasser erwähnt ferner das Scharlachrot und die keimtötende Wirkung der Kupfersalze, besonders in Verbindung mit Lezithin als „Lekutyl". 5. Die Therapie mit autogenem Serum. Die Injektion von Blutserum, speziell von autogenem, hat sich bei vielen Dermatosen (z. B. Urtikaria, Prurigo, Herpes gestationis) bewährt. Besonders wichtig ist die Beobachtung weiterer guter Erfolge bei Pemphigus durch Injektion des Blaseninhaltes. So seien große Fortschritte auch in der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten gemacht, wenn auch noch vieles, wie z. B. der Einfluß der innersekretorischen Organe usw., zu ergründen wäre.

3. Über Selbstausschaltung der Niere, von LEO BÜRGER-New York. Daß es Fälle von Nierentuberkulose gibt, in welchen eine Art „Autonephrektomie" stattfindet, in dem Sinne, daß das völlig zerstörte Organ sich inklusive des Harnleiters abkapselt und sowohl als Infektionsquelle wie überhaupt als funktionierendes Organ für den Körper nicht mehr in Betracht kommt, ist bekannt. BÜRGER setzt uns auseinander, daß etwas ganz Gleiches vorkommen kann, wenn der Harnabfluß durch einen im Ureter eingeklemmten Stein jahrelang verhindert wird. Während aber bei der tuberkulösen Niere es zu einer käsigen Umwandlung des Parenchyms, zu einer Hydronephrose mit trübem Inhalte kommt, bildet sich bei gesunder Niere infolge einer sich schleichend entwickelnden Behinderung des Urinabflusses eine einfache Hydronephrose, die zu einer vollständigen Ausschaltung der Niere mit ihren Funktionen führt. In diesem Falle ist dann bei einer Obduktion eine solche „auto-ausgeschaltete" Niere ein zufälliger Nebenbefund. BÜRGER bringt aus der Literatur und eigenen Beobachtung die Mitteilung einschlägiger, immerhin sehr seltener Fälle mit Abbildungen.

4. Über Trichophytie in der Leistengegend, von J. F. WINDELL-Louisville. WINDELL beschreibt einen Fall von Trichophytie in der Leistengegend, der auf die angewendeten spezifischen parasitiziden Mittel stets zurückging, aber mehrfach und zwar sehr verstärkt rezidivierte. Als ein chirurgischer Eingriff an der Rektalschleimhaut dicht an der Analöffnung wegen eines Darmleidens vorgenommen war, hörten die Rezidive der Trichophytie in der Leistengegend auf. WINDELL glaubt nun, obwohl er in der Literatur keine Angaben über Schleimhauterkrankungen durch Trichophytiepilze finden konnte, doch an die Möglichkeit einer solchen, weil er sich die wiederholten Reinfektionen nur als von der Rektalschleimhaut ausgehend erklären kann. Im Anschluß daran verbreitet er sich über die vielfachen Varietäten der Trichophytonpilze und über die Therapie. Dieselbe besteht in den altbekannten parasitiziden Mitteln in Salben oder Pastenform, bei veralteten Fällen in X-Strahlen oder Formalin. Über das „BLOCH"sche Trichophytin hat der Verfasser keine Erfahrungen; dagegen verspricht er sich eventuell Erfolge von Impfungen resp. Injektionen mit Autovakzine.

5. Syphilis der Kornea, von HARRY S. GRADLE-Chicago. Von den beiden Formen von Keratitis, für welche die Syphilis als ätiologischer Faktor anzusehen ist, nämlich die Keratitis interstitialis und die Keratitis parenchymatosa, beschäftigt sich der Verfasser nur mit der letzteren. Diese kommt fast ausschließlich bei Syphilitikern vor. Wenn in den Statistiken über den Ausfall der WR bei Keratitis parenchymatosa große Differenzen vorkommen, so schiebt das der Verfasser auf Ungleichheiten in der Herstellung

Digitized by Google

der Reaktion. Er zitiert die vier von STEPHENSON aufgestellten Grundsätze: 1. + WR ist ein sicherer Beweis, 2. eine negative WR ist kein Beweis für nicht vorhandene Lues, 3. eine + WR ohne andere klinische Symptome erheischt antisyphilitische Behandlung, 4. die ursprüngliche Methode der WR ist die beste. Verfasser selbst erklärt: eine parenchymatöse Keratitis ist auch bei negativer WR ein unbedingt sicherer Beweis für Syphilis. In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle handelt es sich um hereditäre Lues. Eine Ausnahmestellung nimmt die intrauterine Keratitis ein, die bei der Geburt verschwindet; während sonst das Auffinden von Spirochäten sehr schwierig und nie sicher gelungen ist, finden sich bei der intrauterinen Keratitis sehr viele typische Spirochäten. Verfasser spricht dann über die Impferfolge zur Erzeugung von parenchymatöser Keratitis und über die Therapie; die letztere überläßt er den Syphilidologen, während den Ophthalmologen die Aufgabe zufällt, das zweite Auge zu schützen. Allerdings ist die Erkrankung nach seiner Erfahrung bei Kindern bis zur Pubertät meist bilateral. Lokale Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan, sowie subkonjunktivale Injektionen von autogenem Serum nach DARIER sind nutzlos.

6. Moderne Behandlung der Brightschen Krankheit nach den Grundsätzen der Pathologie und Bakteriologie, von C. K. BERLIN-Denver. Der Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß der Morbus Brightii eine Bakterienerkrankung und eine Folge von zu guter, fettreicher Ernährung ist. Daher empfiehlt er sorgfältige Nasen- und Mundhygiene, Beseitigung vnn Unterleibsstauungen (Bact. coli) und Regelung der Diät. Im übrigen nicht zu ausführlichem Referate geeignet.

7. Beschreibung zweier Fälle. In dem ersten war ein Stein im Orifizium des Ureters eingeklemmt; im zweiten war eine Hutnadel einer Dame in einer männlichen Urethra. Beide Gegenstände wurden durch einen operativen Eingriff mit einer Zange entfernt, von ABR. L. WOLLBARST-New York. Die Überschrift erübrigt ein längeres Referat. Im Fall 1 lag ein Stein im Orifizium des rechten Ureters in der Blase und konnte mittels Fremdkörperzange unter Hilfe des Zystoskops extrahiert werden. Im Fall 2 hatte ein junger Mann mit der Hutnadel einer Dame gespielt und sich das runde Ende in die Urethra gesteckt; beim Versuche, es herauszuziehen, ging die Nadel weiter nach hinten und die Spitze in die Harnröhrenschleimhaut. Nach 30 Stunden, in denen der Patient heftige Schmerzen hatte und nur tropfenweise mit Blut vermengten Urin entleeren konnte, kam er in ärztliche Behandlung. Die Nadel mußte erst nach dem Bulbus zu vorgeschoben werden und konnte dann mittels des Endoskops und der Fremdkörperzange ganz entfernt werden. In beiden Fällen glatte Heilung.

8. Einige neue Betrachtungen über Nervensyphilis, v. H. J. BARBACH-Louisville. Seit wir dank unserer Laboratoriumsforschungen und klinischen Beobachtungen wissen, daß die sogenannten metasyphilitischen Erkrankungen nicht Nachwehen der Syphilis sind, sondern die direkte Folge einer aktiven Infektion mit aktiven Treponemen im Gewebe, haben unsere Anschauungen eine gewaltige Wandlung erfahren. Wie die verschiedenen Mikroorganismen ganz verschiedenartige Erkrankungen hervorrufen und zu bestimmten Organen eine bestimmte Affinität haben und immer nur spezifische Krankheiten verursachen (d. h. wie die Pneumokokken nie Scharlach erzeugen usw.), so glaubt der Verfasser, daß es ganz bestimmte Treponemastämme gibt, die eine ganz bestimmte Affinität zu bestimmten Organen haben, und daß jede solche Varietät ein anderes Krankheitsbild schafft, je nach dem Organ, das sie sich zur Ansiedlung und Vermehrung aussucht. Er glaubt ferner, daß jeder Stamm sich genau nach seinem Ahnenstamm entwickelt. Diese zum Teil etwas unklaren und phantastischen Vorstellungen sucht BARBACH durch seine Erfahrungen zu beweisen und bringt unter diesem Beweis-

Digitized by Google

material manche interessante Beobachtung: z. B. einen Fall, in dem der Patient, ebenso wie sein Vater und Großvater, an syphilitischen Paresen erkrankten, ohne daß bei einem von ihnen je ein Schanker oder irgend eine Haut- oder Schleimhauterkrankung aufgetreten wäre (? der Ref.). Ferner behauptet der Verfasser unter einem großen Krankenmaterial an Negern wenige gesehen zu haben, die im Alter von 25 Jahren nicht bereits luetisch infiziert gewesen wären; aber er habe nie einen Fall von Tabes bei Negern beobachtet, und es sei eine bekannte Tatsache, daß syphilitische Nervenaffektionen bei Negern sehr selten seien; man habe versucht, dies durch die meist sehr ungenügende spezifisch antisyphilitische Behandlung der Neger zu erklären, welche die Ausheilung der Krankheit den Abwehrstoffen des Organismus fast allein überließen. Dann bespricht der Verfasser die Therapie der syphilitischen Nervenerkrankungen und speziell die Swift-Ellissche Methode. Barbach resümiert ungefähr folgendermaßen: 1. besondere Stämme der Treponema pallida haben eine spezifische Affinität zum Nervensystem, 2. diese Stämme provozieren in der Regel nur wenige von den Kardinalsymptomen der Syphilis, besonders den typischen harten Schanker und einzelne Sekundärsymptome, 3. kein Fall von sicherer oder suspekter Syphilis darf aus der Behandlung entlassen werden ohne Spinalpunktion respektive negative Reaktion des Liquor, 4. der intraspinalen Behandlung muß eine systematische Allgemeinbehandlung vorausgehen, 5. Strengste Asepsis bei der Behandlung des Serums ist unerläßlich, 6. das Serum darf weder rote Blutkörperchen noch Hämoglobin enthalten, 7. die Methode von Swift-Ellis schadet bei richtiger Anwendung dem Patienten nichts und gibt sehr gute Resultate, 8. der Erfolg der Behandlung ist umgekehrt proportional der Schwere der vorhandenen Nervenerkrankung, 9. auch in Fällen, in denen die klinischen Symptome nicht erheblich gebessert werden, werden das Allgemeinbefinden und die Körperkräfte des Patienten sehr gehoben, 10. alle anderen Maßnahmen, welche die intraspinale Behandlung unterstützen können, müssen herangezogen werden. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Syphilis und Nervensystem, von Max Nonne. (S. Karger, Berlin 1915.) Nonnes treffliches Werk liegt uns in dritter Auflage vor. Ein Wort des Lobes über das Buch sagen, hieße Eulen nach Athen tragen; ist es doch längst für jeden, der sich für Nervensyphilis interessiert, ein unentbehrlicher Ratgeber geworden. In der seit Erscheinen der zweiten Auflage verstrichenen kurzen Zeit von sechs Jahren hat die Forschung eine Reihe von Befunden zutage gefördert, die für die Pathologie der Syphilis, besonders aber für die Nervensyphilis, von der größten Wichtigkeit sind; diesen Rechnung zu tragen erforderte eine Neubearbeitung des Werkes. So finden wir im Kapitel über die Ätiologie der Syphilis das Thema: Spirochaeta pallida, experimentelle Syphilis näher erörtert. Bei der Besprechung der syphilitischen Gefäßerkrankungen finden die Beziehungen zwischen syphilogenen Nervenerkrankungen einerseits und Aortitis luetica und Aneurysmen andererseits eingehende Würdigung.

Ein ausführliches Kapitel befaßt sich dann mit den „vier Reaktionen"; am eingehendsten mit der Zytodiagnostik, die in den letzten Jahren ja wesentlich ausgebaut wurde. (Auf S. 99, Zeile 7 von oben, heißt es irrtümlich wieder ccm statt cmm. D. Ref.) Man findet mancherlei wertvolle und anregende Winke; die Tabellen über die diagnostische Verwertung der „vier Reaktionen" bringen in knapper, übersichtlicher Form typische Beispiele. Im Kapitel über Meningitis spinalis erörtert Nonne die Frage, ob pathologisches Verhalten des Liquors eine Erkrankung des Zentralnervensystems beweist; er kommt zu

Digitized by Google

einem bejahenden Schlusse: das Auftreten der drei Reaktionen im Liquor beweist das Vorhandensein einer Meningitis. Bei Besprechung der Ätiologie der Nervensyphilis drängt sich naturgemäß die Frage der „Syphilis à virus nerveux" auf; Nonne kann sich unter dem Eindrucke der verschiedenen Befunde der Annahme nicht entziehen, daß es eine besondere Form oder Spielart der Spirochaeta pallida gebe, die der „Metalues" zugrunde liegt. Er möchte die Frage der Lues nervosa folgendermaßen fassen: am Nervensystem syphilogen zu erkranken, haben diejenigen Aussicht, bei denen die frühluetische Meningitis nicht zur Abheilung kommt.

Die weitgehendsten Veränderungen haben die Anschauungen über die sogenannte Metasyphilis erfahren; dementsprechend erfuhren die ihr gewidmeten Kapitel eingehende Umarbeitung. Die Frage der Metasyphilis ist heute bis zu einem gewissen Abschlusse gekommen; Verfasser gibt deshalb eine historische Übersicht über die Entwicklung dieser Frage, zeigt wie die zunehmenden Erfahrungen immer mehr darauf hinwiesen, daß Tabes und Paralyse durch den Syphiliserreger selbst hervorgerufen würden, bis schließlich Noguchis Befunde erwiesen, daß Tabes und Paralyse Spirillosen des Gehirns und Rückenmarkes seien. Nonne übt aber an allen diesen neuen Forschungsergebnissen erfreuliche Kritik, erörtert die möglichen Einwände und warnt vor übereilter einseitiger Verwertung der neuen Errungenschaften. Er kommt wohl zu dem Ergebnisse, daß Tabiker und Paralytiker Spirochätenträger seien, daß Tabes nur eine andere Lokalisationsform der Paralyse sei, und daß die Metalues im Sinne von „Nachkrankheiten" der Syphilis zu existieren aufgehört habe. Er betont aber auch, daß die Rolle der Spirochäten bei der Pathogenese der Metalues noch nicht aufgeklärt sei, daß man in Rücksicht auf deren Klinik ohne die Annahme eines Giftes vorläufig nicht auskommen könne. Die Strümpell-sche Theorie hat also heute mit einer Modifikation noch immer ihre Berechtigung. (Der positive Inokulationsversuch mit Metaluiker-Liquor, den Nonne vermißt, ist inzwischen geliefert worden.)

Die Syphilistherapie hat durch die Einführung des Salvarsans ebenfalls verschiedene Umwälzungen erlebt. Verfasser bespricht die Verabreichung von Salvarsan und Neosalvarsan im allgemeinen, wie im besonderen bei Nervensyphilis (intralumbale Injektionen). Seiner Ansicht nach kann man bei einzelnen Fällen von Lues cerebrospinalis mit den neuen Mitteln raschere und kräftigere Wirkungen als mit den alten erzielen, sind ferner noch Erfolge möglich, wo diese versagen; doch kann er einen besonders auffälligen Vorzug gegenüber Quecksilber und Jod nicht finden. Ob vielleicht durch Salvarsanbehandlung der Frühsyphilis die Nervenerkrankungen verhütet werden können, muß die Zukunft lehren. Die Beeinflussung der „vier Reaktionen" durch Salvarsan ist inkonstant. Naturgemäß kommt der Verfasser auch auf die Neurorezidive zu sprechen; er betrachtet sie als syphilitische Erkrankungen, gibt aber zu, daß Salvarsan Spirochätenherde mobilisieren kann, die sonst latent geblieben wären. Ob dies ein Vorteil ist, bleibt fraglich.

Damit, daß ich aus dem umfangreichen Werke einzelne Kapitel herausgehoben habe, soll nicht gesagt sein, daß die anderen nichts Neues bringen. Auch sie sind vermehrt und erweitert; Nonne hat sich bemüht, durch neue Krankengeschichten, bei denen die modernen Erfahrungen schon in Anwendung gekommen waren, das Gesagte zu beleuchten. Die Zahl der Abbildungen ist von 97 auf 150 vermehrt worden. Alles in allem wird auch die neue Auflage von den Fachgenossen mit großer Freude aufgenommen werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur Frage der neurotropen Wirkung des Salvarsans, von Robert Löwy. (W. kl. W., 1914, Nr. 32.) An der Hand von zwei Beobachtungen an nach Salvarsaninjektion gestorbenen und ad sectionem gekommenen Individuen kann kein Anhaltspunkt dafür gefunden werden, daß das Arsenobenzol neurotrop wirke. Die histologische Untersuchung des Markes ergab, daß die gesetzten Veränderungen die Folge primärer Gefäßschädigung waren. Das Arsenobenzol bewirkt nur eine allgemeine neurotoxische Veränderung und diese nur dann, wenn schon eine Überempfindlichkeit oder ein besonderer Prozeß an den Gefäßen des Nervensystems besteht. H. Vörner-Leipzig.

Zur Salvarsanintoxikation, von Karl Ullmann-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 29 u. 30.) Der Patient, um welchen es sich hier handelt, hatte sich im Anfang des Jahres 1910 einen Primäraffekt zugezogen. Bis zum Jahre 1913 war mehrere Male eine Hg-Injektionskur appliziert worden, aber es hielt immer eine hochgradige WR an. Aus diesem Grunde erhielt der Kranke am 22. März 1913 eine Neosalvarsaninjektion von 0,75. Während diese gut vertragen wurde, war es mit einer intravenösen Salvarsaninfusion von 0,45 anders. In der übernächsten Nacht stellte sich hohes Fieber, Kopfschmerzen und Schwindel ein. Am dritten Tage traten zunehmende epileptiforme Krämpfe ein, welche sich ticförmig vorwiegend auf einer Gesichtshälfte und in der Nackenmuskulatur abspielten. Auf der Haut trat ein hellrotes makulöses Salvarsanexanthem auf. Nach zweitägigem Koma starb der Kranke an Lungenödem am achten Tage nach der Infusion. Bei der Sektion ergab sich als Hauptdiagnose: Pneumonia hypostatica bilateralis lobi utriusque, Encephalitis haemorrhagica, Leptomeningitis granulosa. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der Salvarsanschädigung, von Stümpke. (Ärztl. Korr. Bl. Niedersachsen, 1914, Nr. 11.) S. kommt zu dem Ergebnis, daß man trotz der Schädigungen, die das Salvarsan im Gefolge haben kann (Kollaps, Encephalitis haemorrhagica acuta, Neurorezidive, epileptische Krämpfe, Ikterus und Arzneiexanthem) nicht auf die großen Vorzüge dieses Mittels verzichten kann. E. Brinitzer-Altona.

Ein Todesfall durch akute Arsenvergiftung nach Salvarsaninjektion bei einer Nichtluetischen, von Lube-Braunschweig. (D. m. W., 1914, Nr. 19.) Es handelt sich um eine 54 Jahre alte Patientin mit Vitium aortae mit negativer WR, aber fünf Aborten in der Anamnese. Da kein Gelenkrheumatismus überstanden worden war, wurde luetische Ätiologie angenommen. Patientin erhielt innerhalb acht Tagen 0,8 Salvarsan in drei Dosen geteilt. Sieben Tage nach der letzten Infusion Temperatursteigerung, Leibschmerzen, blutige Durchfälle, Erbrechen, Meteorismus. Da an eine Embolie der A. mesenterica gedacht wurde, Operation, die die Diagnose nicht bestätigte. Schließlich trat Ikterus, Eiweiß und Zylinder im Urin auf. 24 Stunden nach der Operation, 48 Stunden nach dem ersten Auftreten der Darmerscheinungen, trat der Tod ein. Keine Gehirnerscheinungen, Sensorium war dauernd frei. Die Sektion ergab: Mitralstenose, Aorteninsuffizienz und geringe Stenose nach alter Endokarditis. Ausgedehnte nekrotische, hämorrhagische, diphtherische Enteritis. Degenerative Fettleber mit beginnender Atrophie. Magenperforation: frische Peritonitis (Arsenvergiftung nach Salvarsan), Gallensteine, Struma nodosa. Im Vordergrund standen hier die Magen- und Darmerscheinungen, sub finem noch die Leber- und Nierensymptome. Vielleicht habe

Digitized by Google

durch die Struma, also durch eine Funktionsstörung der Schilddrüse, die noch obendrein durch vorher genommene 30 g Jodkali ungünstig beeinflußt sein kann, der Abbau des Salvarsans in fehlerhafter und für den Organismus so deletärer Weise stattgefunden. Eine andere Ursache ließ sich nicht finden. B. Junghanns-Dresden.

Über Salvarsannatrium, von Wechselmann-Berlin. (M. m. W., 1915, Nr. 6.) Wiederum hat Ehrlich die Syphilisbehandlung um einen erheblichen Schritt gefördert. Mit dem Salvarsannatrium hat er ein leicht lösliches und daher relativ einfach zu handhabendes Präparat zur Verfügung gestellt, das bei 20%igem Arsenikgehalt nicht größere Gefahren für eine Arsenikvergiftung in sich schließt als das Neosalvarsan, vielmehr sich infolge der Leichtlöslichkeit erheblich günstiger stellt. Bei rund 12 000 Injektionen, die auf der Wechselmannschen Klinik im Laufe von $1^1/_2$ Jahren gegeben wurden, hat sich keine nennenswerte Störung ereignet, sondern das Präparat hat sich nach jeder Richtung hin außerordentlich bewährt. Allerdings fordert W. streng genaue Befolgung der Vorschriften für die Verabreichung. Das Salvarsannatrium ist sehr wenig luftbeständig, und die goldgelbe Farbe geht rasch durch Oxydation in eine dunklere braune über, wobei das Mittel unlöslich und stark giftig wird. In der Regel wurden Gaben von 0,3—0,45 resp. 0,6 verabreicht und dies zwei- und dreimal in der Woche wiederholt. Die Vorschrift bei der Injektion lautet: In einem sterilen Erlenmeyer-Kölbchen wird Salvarsannatrium in 0,4%iger Kochsalzlösung aufgelöst und zwar im Verhältnis von 1 : 100. Die NaCl-Lösung muß aus frisch destilliertem Wasser und chemisch reinem Kochsalz bereitet werden und ist zwecks Sterilisation stark aufzukochen. Das Salvarsannatrium darf erst nach dem Erkalten der Lösung zugesetzt werden. Die fertige Salvarsannatriumlösung wird durch noch feuchte, in 0,4%iger NaCl-Lösung gekochte Verbandwatte mit Hilfe eines Glastrichters filtriert. Alle Geräte sind bei 120° trocken zu sterilisieren. Die intravenöse Injektion wird in der üblichen Weise ausgeführt, wobei der Wechselmannsche Kugelventilapparat sich sehr bewährt hat.

A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1915, Nr. 6.) Das Salvarsannatrium stellt in dauerhafter Form dasselbe dar, was sonst mit Altsalvarsan durch Alkalisieren für jede Injektion frisch hergestellt werden mußte. Es entspricht, was die Gewichtsteile und die Dosierung betrifft, dem Neosalvarsan; 0,3 Salvarsannatrium = 0,2 Altsalvarsan. Wie zu erwarten stand, sind die damit erzielten therapeutischen Resultate die gleich guten wie bei der sonstigen Salvarsanbehandlung, und unter 450 Injektionen waren nur 20, die mit einer geringen Temperatursteigerung (37,5°—38°) verbunden waren. Dabei wurden mehr als 100 Einspritzungen ambulant und ohne Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit verabreicht. Allerdings wurde die Vorsicht dabei beobachtet, die Behandlung in den Abendstunden vorzunehmen und jegliche Anstrengung bis zum nächsten Morgen vermeiden zu lassen. Als Gesamtdosis wurden in 6—8 Wochen 4—$7^1/_2$ g Salvarsannatrium einverleibt; die Einzeldosis betrug 0,15—0,75 g in 30 ccm Wasser gelöst. Wurde daneben Quecksilber verabreicht, was fast immer in der Form von 40%igem Oleum cinereum geschah, so wurden wöchentlich zwei, sonst drei Salvarsaninjektionen gegeben. Von der Verwendung von Kochsalzlösung wurde abgesehen, dafür aber besonderes Gewicht auf absolut sicheres Sterilisieren des verwendeten Wassers gelegt. Zu diesem Zwecke empfiehlt D. aufs wärmste den von W. Hof angegebenen (von B. B. Cassel-Frankfurt zu beziehenden), aus reinem Quarzglas hergestellten Destillierapparat, den Hof-Destillator aus Bergkristall, welcher in jeder Beziehung tadellos funktioniert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Konzentrierte Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von L. Martinotti. (Riforma med., 1914, Nr. 15.) Verfasser empfiehlt die Methode der konzentrierten Injektionen. R. Frühwald-Leipzig.

Besonderer Einfluß des Neosalvarsans auf die Speichelsekretion, von A. Obregia und A. Popea. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 27.) Die Abelinsche Reaktion mit Speichel Neosalvarsanbehandelter gibt nicht wie die anderen neosalvarsanhaltigen Flüssigkeiten eine rote, sondern eine blaue Färbung der Überschichtungszone. Es muß sich um ein eigenartiges Produkt der Drüsenzellen handeln, das diese unter dem Einfluß von Neosalvarsan absondern. W. Lutz-Basel.

Vorläufige Mitteilung über die Verwendung des Neosalvarsans bei verschiedenen Krankheiten, von F. van den Branden und A. Dubois. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, 11.) Die Erfolge der Neosalvarsanbehandlung bei den Erkrankungen der schwarzen Bevölkerung waren im allgemeinen ebenso befriedigend wie die des Salvarsans, wenn darauf geachtet wurde, daß genügend große Dosen zur Anwendung gelangten. Als das Mindestmaß der Einzeldosis geben die Verfasser 0,015 pro kg Körpergewicht an. H. Boehme-Leipzig.

Beweis der Überlegenheit der Zubereitung von Neosalvarsan bei Luftabschluß über die Methode der Zubereitung bei Luftzutritt, von Mistiaen. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) Im Institut von Duhot-Brüssel wurden Tausende von konzentrierten Neosalvarsaneinspritzungen gemacht, ohne daß ein Fall von Ikterus vorgekommen ist, während andere Verfasser, die nach der Methode von Ravaut vorgegangen sind, bis zu 20% Ikterusfälle gehabt haben. Die Erklärung findet M. darin, daß entweder bei den anderen Verfasser die gleichzeitige Hg-Behandlung zu stark war oder — und darauf legt er den Hauptwert — daß zu viel Manipulationen mit dem Neosalvarsan vor dem Einspritzen vorgenommen wurden. Genaue Untersuchungen haben ergeben, daß das Neosalvarsan viel toxischer wird, wenn es auch nur einige Minuten der Luft ausgesetzt wird. M. vermeidet diesen Übelstand, indem er mit Hilfe eines Verschlußstücke die Spritze selbst als Rezipienten zur Auflösung benutzt.
E. Brinitzer-Altona.

Vereinfachung der Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektionen, von P. Le Damany. (Presse méd., 1914, Nr. 57.) Verfasser schaltet zwischen die Spritze und die Nadel einen Gummischlauch. (Dieses Verfahren scheint mir keine Vereinfachung, sondern eine Komplikation der Technik zu sein. Geschicklichkeit ist und bleibt die Hauptsache. D. Ref.) R. Frühwald-Leipzig.

Bericht über eine ungewöhnliche Wirkung von Neosalvarsan auf die Haut, von J. H. Sheldon-Insein-Birma. (Lanc., 11. Juli 1914.) Ein seit etwa Jahresfrist syphilitisch infizierter Einheimischer erhielt zwei Dosen Neosalvarsan (0,9) intravenös und sieben Einreibungen mit Quecksilber. In gutem Zustand entlassen, kehrte er nach drei Wochen zurück mit einer den ganzen Körper umfassenden Dermatitis. Die Haut war in toto geschwollen, hart, verdickt und zeigte enorme Schuppenbildung und stellenweise Ablösung von größeren Epidermisfetzen, ausgiebige Rhagadenbildung und intensivsten Juckreiz. Unter Behandlung mit Olivenöl und innerlicher Darreichung von Hg erfolgte bald Genesung. Verfasser denkt die Affektion als eine durch Arsenik bewirkte Dermatitis. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Thigan, von E. Saalfeld-Berlin. (M. m. W., 1915, Nr. 8.) Thigan ist eine haltbar gemachte Lösung von Thigenolsilber, welche sich nach S. durch Reizlosigkeit und günstige Wirksamkeit sowohl im akuten wie im chronischen Stadium der Blennorrhoe auszeichnet. Man läßt in der üblichen Weise 10 ccm in der Regel injizieren und bis zu 15 Minuten in der Harnröhre zurückhalten. Dies kann auch bei akuten

Digitized by Google

Fällen 3—6 mal im Tage wiederholt werden. Es können auch Janetsche Spülungen mit dem Mittel in einer Verdünnung von 1 + 9 oder sogar 1 + 4 Aq. dest. gegeben werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Über intravenöse Injektionen mit Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen, von C. Gutmann-Wiesbaden. (B. kl. W., 1913, Nr. 34 und 35.) Verfasser hat das von den vereinigten chemischen Werken in Charlottenburg hergestellte 48% Hg enthaltende Präparat geprüft. Die Behandlung wurde kombiniert mit Salvarsanbehanlung und zwar so, daß mit Toxynon eine Vorbehandlung von 10 Tagen Dauer erfolgte. Dosis 0,1, am Tage darauf dieselbe Menge, dann ein Ruhetag, am vierten Tag meist 0,15, manchmal 0,2, Schwächliche erhalten die gleiche Dosis wie anfangs weiter. Diese Dosierung wird während der ganzen Dauer der Kur beibehalten. Nach Abschluß der Vorbehandlung die erste Salvarsaninfusion, weiterhin immer eine solche auf zwei Toxynoninjektionen. Gesamtdauer der Behandlung sechs Wochen. Während letzterer größte Gesamtdosis Toxynon 3 g neben durchschnittlich 3 g Salvarsan. Die in der weit überwiegenden Mehrzahl nach der ersten Injektion auftretenden Fiebererscheinungen, die sich jedoch auch im Anschluß an die eine oder andere der nachfolgenden Einspritzungen zeigten, erklärt Verfasser mit der Vernichtung größerer Spirochätenmengen mit einem Schlage, erblickt darin also eine besonders kräftige Wirkung des Präparats. Für letztere wird auch der fast stets reaktionslose Verlauf hochdosierter, erster Salvarsaninfusionen nach Toxynonvorbehandlung angeführt. Daß die bei den Syphilitikern zur Beobachtung gelangten Nebenwirkungen des Präparats auch bei Nichtsyphilitikern im großen und ganzen in Erscheinung treten, erklärt Verfasser damit, daß das Toxynon, abgesehen von den Spirochäten, auch auf Bakterien aller Art vernichtend einwirkt, oder mit toxischen Eigenschaften des Mittels.

E. Klemm-Leipzig.

Angioneurosen.

Raynaudsches Syndrom; chronische Nephritis und Tuberkulose, von Achard. Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Die symmetrische Gangrän war in diesem Falle ausgedehnter als gewöhnlich. Die Nasenspitze zeigte einen Schorf, an den Fingern waren die beiden Phalangen mortifiziert, an den Füßen erstreckte sich die Gangrän nicht nur auf die Zehen, sondern auch auf die Fußsohle. Besserung durch Heißluft und Perubalsam; die Kranke starb an Nephritis und tuberkulösen Erscheinungen. Kein Zeichen von Syphilis. R. Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Pathologie des Ödems (1. Mitteilung), von L. Hess und H. Müller. Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 17, H. 1.) Gegenstand dieser und weiterer (Abhandlungen sind klinische und experimentelle Studien über Hydropsien und Kapillarblutungen im Bereich des großen Kreislaufes. Auf Grund ihrer Tierversuche gelangten Verfasser zu der Schlußfolgerung: Aromatische m-Diamine (nicht hingegen die isomeren erzeugen nach subkutaner Injektion ohne Hydrämie, im Gegenteil unter dem Bilde der Bluteindickung, ohne Nierenstörung, vielmehr durch Alteration der Kapillaren und Steigerung der Filtration Hydrops. E. Klemm-Leipzig.

Beiträge zur Pathologie des Ödems (2. Mitteilung), von L. Hess und H. Müller. (Ibidem, Bd. 17, H. 1.) Bericht über Versuche, die zum Ergebnis führten, daß Pyrodin und m-Polylhydrazin (nicht die anderen beiden isomeren) bei subkutaner Applikation an Tieren Hydrops bzw. Ödem erzeugt. E. Klemm-Leipzig.

Angioneurotisches Ödem (chronisches Ödem), von Carl E. Munger-New York. (M. Record, 1914, Nr. 23.) Schilderung zweier Fälle; sonst nichts Neues.

O. Gans-Karlsruhe.

Digitized by Google

Zur Kenntnis des Oedema angioneuroticum paroysmale (Quincke), von O. Roth-Zürich. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Es empfiehlt sich, die Arbeit im Original nachzulesen. O. Lasch-Breslau.

Zur Pathogenese des Quinckeschen Ödems, von P. Neúda. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 29.) Für die Erkrankung sind charakteristisch: 1. Milzschwellung, 2. Urobilinurie und 3. Anstieg des Hämoglobingehaltes und des Färbeindex vor und im Anfall. Alle drei Symptome lassen sich durch eine Hämolyse, durch Zerstörung der roten Blutkörperchen in der Milz erklären. Das Quinckesche Ödem wäre demnach ein Symptom einer durch irgend eine Noxe bedingten Hämolyse. R. Frühwald-Leipzig.

Heilung eines Falles von Schwangerschaftsdermatose mit Ringerscher Lösung, von Roos. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 24.) Bei einer 27jährigen Erstgebärenden entwickelte sich acht Tage vor der Geburt plötzlich unter heftigstem Juckreiz ein symmetrisch angeordneter, besonders auf die Extremitäten lokalisierter Ausschlag. Die großen Labien sind zu unförmigen, fast kindskopfgroßen Gebilden umgewandelt, die sich als Ödem chrakterisieren. Nach Injektionen von 30, 50 und 60 ccm Ringerscher Lösung, in Zwischenpausen von 48 und 24 Stunden, subkutan in den rechten Oberschenkel, trat objektiv und subjektiv Heilung ein. E. Brinitzer-Altona.

Über dysenterische Rheumatoide, von Gustav Singer-Wien. (W. m. W., 1915, Nr. 6.) Es handelt sich um einen Fall, welcher mit dysenterischen Symptomen und einer doppelseitigen Knieschwellung ins Spital kommt. Die bald ausgeführte Punktion ergibt ein steriles Exsudat. Später sind noch andere Gelenke geschwollen. An den Knien und Händen tritt ein bullöses Erythem auf. Im Venenblute finden sich Streptokokken, in den Blasen diese Staphylokokken und Wurzelbakterien. Verfasser sieht in diesem Prozesse eine Verwandtschaft mit der Polyarthritis rheumatica.

H. Vörner-Leipzig.

Über Beziehungen zwischen Anaphylaxie, Urtikaria und parenteraler Eiweißverdauung, von Hans Mühsam und Julius Jacobsohn. (D. m. W., 1915, Nr. 21.) Bei zwei Fällen von Urtikaria — nach Krebs- und Krabbengenuß — zeigte sich bei der Abderhaldenschen Reaktion eine sehr starke Verdauung von Krebs- resp. Krabbeneiweiß durch das Serum des Patienten zur Zeit des Urtikariaanfalles. Nach Ablauf der Urtikaria zeigte das Blut keinen Abbau für Krebs- resp. Krabbengewebe mehr.

E. Brinitzer-Altona.

Klinische Studien über den Dermographismus, von Richard Rezniček. (W. kl. W., 1914, Nr. 44.) Bei den betreffenden Patienten wurde eine Beeinflussung durch thermische, elektrische und chemische Reize versucht. Wärme war ohne Einfluß, um so mehr die Kälte. Wurde die Haut mit Chloräthyl bis zum Weißwerden abgekühlt, so bewirkte ein gezogener Strich nur im Gesunden eine Quaddelleiste. Im Bezirk der gekühlten Haut blieb jede Reaktion aus, est nach 10—15 Minuten bildete sich eine niedrige Elevation. Wurde aber im erkälteten Gebiet noch Wärme appliziert, so wurde das Phänomen in fast gleicher Stärke hervorgerufen, obwohl man den Eindruck hatte, daß der wirksame Reiz schon längst hätte erloschen sein müssen. Elektrizität war wirkungslos. Von chemischen Mitteln waren es Atropin, Pituitrin und Pilokarpin. Adrenalin zeigte eine deutliche Beeinflussung. Während das Mittel auf das Befinden des Patienten wirkte, bildeten sich nur schwache blasse Quaddelleisten. Etwa acht Minuten nach der Injektion erzeugte die mechanische Reizung Quaddelleisten, welche bei dem Kranken sonst niemals zur Beobachtung gelangt waren, etwa eine Stunde nach der Injektion waren die Leisten wieder weiß. H. Vörner-Leipzig.

Zur Pathogenese der Urtikaria, von Jadassohn und L. Rothe-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Auf Grund von Experimenten haben die Verfasser zwischen der

Digitized by Google

urtikariellen und der klassischen „eigentlichen" Entzündung der Haut Differenzen aufgefunden, welche uns die Verschiedenheiten des Ablaufs beider verstehen lassen. Mit Urtikaria antwortet die Haut auf Reize, die eine schnellere Reaktion bedingen, und diese schnellere Reaktion führt zu schnellerer Wegschaffung des schädlichen Agenz. Aber damit ist natürlich nichts darüber ausgesagt, warum der eine Stoff in typischer Weise, d. h. bei jeder normal reagierenden Haut, Urtikaria, der andere Entzündung im alten Sinne auslöst. Diese Frage ist zurzeit wohl überhaupt nicht zu beantworten.

G. Heymann-Elbing.

Urtikaria als Folge von Blutegelapplikation, von Arnold Netter und Jean Köchlin. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 24.) Die Ursache dürfte das die Koagulationsfähigkeit des Blutes herabsetzende Sekret der Blutegel sein. Mit der Urtikaria trat ein Reizzustand des Fazialis auf (Chvosteksches Phänomen), auf dessen Zusammenhang mit einem Kalziumdefizit des Organismus die Verfasser schon früher hingewiesen haben.

W. Lutz-Basel.

Menschenserum gegen Urtikaria, von A. W. Swann†-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 9.) Die Arbeit enthält einen genauen Bericht über einen Fall von sehr hartnäckiger Urtikaria, bei welchem die intravenöse Injektion von Menschenserum eine vollständige Heilung herbeigeführt zu haben scheint. Es handelte sich um eine 45jährige, wenig robuste Witwe, welche acht Monate vor der Aufnahme eine starke Urtikariaattacke im Verein mit gastrischen Störungen erlitten hatte und seitdem trotz Diätbeschränkung mehrere Rezidive durchgemacht hatte. Die Blutgerinnung zeigte eine sehr erhebliche Verlangsamung; bei Zusatz von Menschenserum erfolgte aber an den Blutproben die Gerinnung in normalen Zeitgrenzen. Die Hautreaktion zeigte auf Milch ein leicht positives Resultat, dagegen für verschiedene andere Substanzen, Eieralbumin, Hühnerserum usw., ein negatives Verhalten. Nebst sorgfältig gewählter Diät wurde zur Behandlung frisches Serum, das vom Bruder der Patientin geliefert wurde, verwendet. Es wurden ca. 100 ccm, auf sechs Injektionen mit Zwischenräumen von 8—20 Tagen verteilt, verabreicht. Seit der fünften Injektion sind etwa acht Monate verflossen ohne Rezidiv, und das Gesamtbefinden hat sich wesentlich gebessert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion, von E. Vogt-Dresden. (M. m. W., 1915, Nr. 10.) Ein 25jähriger Mann wurde mit einer handtellergroßen Granatsplitterverletzung am Hinterkopfe im Feldlazarett aufgenommen und erhielt, da die Wunde stark mit Lehm und Schmutz durchsetzt war, nach angemessener chirurgischer Behandlung drei Tage später eine Injektion von 20 AE Tetanusantitoxin Höchst in die Außenseite des rechten Oberschenkels. Nach zehntägigem, fast symptomlosem Verlauf stellte sich Juckreiz an der Injektionsstelle ein und tags darauf ein urtikariaartiger Ansschlag mit Quaddelbildung und Hautrötung am ganzen oberen Drittel des Oberschenkels. Unter einem feuchten Verbande vergingen alle Läsionen im Verlauf von etwa 24 Stunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege, von Carl Stern. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) In jedem Armeekorpsbezirk der Heimat sollten, soweit es noch nicht der Fall ist, größere oder kleinere Sonderreservelazarette für Venerische unter fachmännischer Oberleitung eingerichtet werden. An diese Lazarette sind, nach Art der poliklinischen Einrichtungen, Behandlungsmöglichkeiten für diejenigen Soldaten an-

Digitized by Google

zugliedern, die aus dem Lazarett nach Ablauf der akuten infektiösen Erscheinungen, als einer klinischen Behandlung nicht mehr bedürftig, entlassen sind. Diese Soldaten sind also nicht in ihre Heimatgarnison zu entlassen, sondern müssen in dem Ort verbleiben, in dem sich das Sonderlazarett befindet, und müssen hier unter der Spezialbehandlung des Fachmanns verbleiben. Diese in Kasernen unterzubringenden, garnisondienstfähigen Soldaten wären streng abzusondern und militärisch zu beschäftigen. Wir erreichen durch diese „ambulante" Nachbehandlung eine Verminderung der Verpflegungskosten in den Lazaretten, eine Gewöhnung der Patienten an eine wenn auch nur teilweise Beschäftigung und eine Ausnutzung der natürlichen Heilfaktoren für die Wiederherstellung der Kranken. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Vorbeugung der venerischen Erkrankungen in der Armee, von Franz v. Krysztalowicz-Krakau. (Militärarzt, 1915, Nr. 6.) Der Verfasser lenkt die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und empfiehlt als Prophylaktikum den Gebrauch der Präservativs (Kondom), sei es im Wege der Belehrung oder eines direkten Befehls. Schon bei der Einreihung sollte der Soldat belehrt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Kurt Mendel, z. Z. Garnisonarzt in Chauny. (D. m. W., 1915, Nr. 4.) M. erwidert polemisierend gegenüber den Ausführungen von Buschke in Nr. 48 der D. m. W., daß es dessen Mitteilungen an das Kriegsministerium nicht bedürft hätte, um auf die Infektionsgefahren in Chauny aufmerksam zu machen. Alle erforderlichen Maßnahmen wären auch ohnedies getroffen worden. M. hat eine Eingabe an die vorgesetzten Dienststellen verfaßt, worin er unter Hinweis auf das Unzureichende aller anderen Maßnahmen ein Verbot des Geschlechtsverkehrs unter Strafandrohung im Falle des Nachweises einer Geschlechtskrankheit empfiehlt. Die Mannschaften müßten wöchentlich ärztlich untersucht werden. Zum mindesten wäre zu verlangen, daß allwöchentlich die Soldaten auf die durch die Geschlechtskrankheiten bedingte Gefahr hingewiesen werden. Zu einem Verbot haben sich aber die vorgesetzten Dienststellen nicht entschließen können.
E. Brinitzer-Altona.

Erwiderung zu obigen Bemerkungen, von A. Buschke. (D. m. W., 1915, Nr. 4.) B. erblickt in gut überwachten Bordells die beste prophylaktische Maßnahme. Daneben können zwangsweise desinfektorische Maßnahmen an den Soldaten zur Durchführung gebracht werden. Ganz entschieden wendet sich B. gegen die Auffassung Mendels, daß den Soldaten unter Strafandrohung der Geschlechtsverkehr verboten werden solle. Strafen haben niemals eine Wirkung gehabt. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Dr. Henry K. Gaskill wurde an Stelle des zurückgetretenen Prof. Henry Stelwagon zum konsultierenden Dermatologen des Philadelphia General Hospital gewählt.

Dr. Leopold Arzt und Dr. Wilhelm Kerl, Assistenten der Klinik für Dermatologie und Syphilis (Prof. Riehl) sowie Dr. Robert Otto Stein, Assistent der Klinik für Syphilis und Dermatologie (Prof. Finger) in Wien, haben sich als Privatdozenten für Dermatologie und Syphilidologie habilitiert.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. September 1915 | Nr. 38 | Band 61

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille.)

Ein Simulationsfall von Gesichts-Ulkus bei einer Hysterischen.

Von

Dr. Hans Marx.

(Mit 1 Abbildung.)

Bekanntlich wurden in früheren Zeiten vielerlei Hautkrankheiten und oft mit großem Erfolge simuliert. Um eine Hautkrankheit nachzumachen, bedarf es wie Thibierge[1]) sagt, einer ausreichenden Kenntnis derselben sowie der hierfür nötigen chemischen und physikalischen Mittel. Wenn wir in der neueren, von mir[2]) bei einer früheren Gelegenheit zusammengestellten Literatur Umschau halten, so sehen wir, daß Vortäuschungen von wirklichen Hautkrankheiten weitaus seltener geworden sind; das Hauptkontingent stellen die Hysterischen mit ihren Blaseneruptionen, Ulzerationen und Hautgangränen.

Dazu kommen, wie Rille[3]) erwähnt, die in den letzten Jahren, besonders seitdem es die Kranken- und Invalidenversicherung gibt, auffällig häufig gewordenen, von Rentenjägern — demnach also auch von Männern — in betrügerischer Absicht durch Kanthariden hervorgebrachten und an Pemphigus erinnernden Blasenbildungen.

Ein Fall, der unter die ulzerösen Formen der simulierten Dermatosen einzureihen ist, wurde an der Leipziger dermatologischen Klinik beobachtet.

Anna H., 28 Jahre alt, frühere Prostituierte, wurde vom Plagwitzer Krankenhause unserer Klinik behufs Diagnose und Behandlung am 15. I. 1909 überwiesen.

Als Kind Masern und Scharlach. Erste Menstruation mit 14 Jahren; menstruiert regelmäßig alle vier Wochen.

Nullipara. Vor 5—6 Jahren bildeten sich angeblich an den Nates und am Rücken nacheinander etwa sechs markstückgroße, rote, schmerzhafte Knoten, aus denen sich etwas Eiter entleerte, und welche dann spontan verheilten. Bald nach dieser Zeit traten Geschwüre an den Schamlippen auf. In der medizinischen Klinik in Halle a. S. wurde

[1]) Thibierge, Eruptions artificielles. In La Pratique derm., hrsg. v. Besnier, Brocq u. Jacquet, II, S. 497—503, Paris 1901. — [2]) Marx, Über Simulation von Hautkrankheiten. Dissertation, Leipzig 1910. — [3]) Rille, Farbige Photographien von Hautkrankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 4, S. 125.

Digitized by Google

Patientin mit acht Touren Inunktionskur behandelt. Während der nächsten zwei Jahre war sie wiederholt in der Hallenser Klinik, ist aber dort nie wieder einer spezifischen luetischen Behandlung unterzogen worden. Seit fast drei Jahren ist Patientin in Leipzig in Behandlung. Sie suchte zuerst das Krankenhaus St. Jakob wegen Geschwüren am rechten Fuß und Knöchel auf und wurde auf der chirurgischen Abteilung behandelt. Mitte Dezember 1905 bis Anfang Februar 1906 lag sie dann auf der inneren Station wegen Hysterie; sie litt damals an Zitteranfällen und Schwächeanwandlungen, bei denen „es ihr schwarz vor den Augen wurde". Die Anfälle dauerten oft über eine Stunde lang. Sie wurde mit Bädern und innerlich mit Tinctura Valeriana und Tinct. Asae foetidae behandelt. Vom 16. II. 1906 bis 31. V. 1906 war sie wegen entzündlichen Pes planus, Geschwüren am Fuß und psychischer Depression wieder in Behandlung und wurde dann nach dem Plagwitzer Krankenhause verlegt.

Seit ca. 11 Wochen besteht ein Geschwür an der linken Wange. Patientin gibt an, zuerst sei dort ein kleines „Blütchen" spontan entstanden, welches sich allmählich zu dem großen Ulkus entwickelt habe. Die Geschwüre am rechten Fuß sind seit ca. 5 Wochen geheilt; er ist noch gering geschwollen.

Im Plagwitzer Krankenhause bestand die Behandlung in einer fünfwöchigen Inunktionskur und später in Atoxylinjektionen (ca. 3 Wochen lang jeden zweiten Tag); innerlich wurde sie mit Arsentropfen, Kal. jodat. und Jodglidine behandelt, lokal vorwiegend mit feuchten Verbänden.

Status praesens: Mittelgroße, grazil gebaute, sehr blasse Patientin in ziemlich schlechtem Ernährungszustand. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Hysterischer Habitus. Konjunktival- und Würgreflex fehlen. Keine hysterogenen Zonen; keine Analgesie.

Haut: An der linken Wange findet sich ein nicht ganz fünfmarkstückgroßes, annähernd dreieckiges, scharfrandiges Geschwür. Der obere Rand desselben verläuft etwa in gleichem Sinne mit dem unteren Augenhöhlenrande und ist fast gerade. Der innere Rand zieht zunächst längs der Nasolabialfurche, biegt dann nach einwärts gegen die Oberlippe um, um den Rand des Lippenrotes $1^1/_2$ cm vor der Medianlinie zu erreichen; der laterale und der gleichzeitig untere Rand ist am längsten und zeigt eine leicht nach außen konvexe Biegung. Die Randbegrenzung ist durch eine 1—2 mm breite, ganz wenig elevierte rosarote frische Narbenzone gebildet und nirgends unterminiert. Auch

Digitized by Google

der Geschwürsgrund ist keineswegs vertieft, sondern mehr flach und besteht aus einer gleichmäßig drusig unebenen, gelblichroten, hin und wieder blutig imbibierten, ziemlich weich anzufühlenden, weniger eitrig als serös absondernden Wundfläche.

Links im Hüftbereich eine bohnengroße und eine linsengroße, scharf umschriebene, teilweise zartgefältete Narbe von rundlicher bis ovaler Gestalt. Eine weitere ebensolche bohnengroße Narbe in halber Länge der Radialseite des linken Vorderarmes. Am rechten Fußrücken außen zwei pfenniggroße, mehr unregelmäßige, bläulichweiße Narben; an der Außenseite des rechten Unterschenkels drei pfennig- bis markstückgroße, ziemlich scharf umschriebene, unregelmäßig gestaltete, ovale Narben. Die Narben sind nicht adhärent und besitzen keinen peripheren Pigmentsaum. Haut sonst blaß.

Drüsen: Inguinaldrüsen bis bohnengroß, meist länglich, spindelförmig, verschieblich, nicht derb.

Kubital- und Zervikaldrüsen nicht zu tasten.

Genitale: Am rechten großen Labium und beiderseits an der inneren Schenkelfläche sowie um die Analöffnung herum mehrere zarte weiße, unregelmäßig gestaltete Narben von Linsen- bis Pfenniggröße.

Therapie: Kal. jodat. 15,0 : 300,0 Aq. täglich 3—6 Löffel; lokal Borwasserumschläge.

8. II.—15. II. Nachdem das Ulkus bislang nicht die geringste Veränderung dargeboten, wird Jodkalium ausgesetzt und zweimal täglich 10% Pyrogallolsalbe wie bei der Lupusbehandlung aufgelegt.

16. II. Borsalbe.

18. II. Starke Granulationsbildung. Kein Fortschreiten in der Peripherie. Argentumsalbe.

27. II. Nach dem Kieferwinkel zu vom Geschwürsrand beginnend eine etwa handtellergroße, scharf abgegrenzte, zarte Rötung. Haut gering angeschwollen. Geschwür unverändert. Probeexzision verweigert.

5. III. Geschwür im Gesicht unverändert. Kulturelle Untersuchung auf Pilze der Blastomykose und Sporotrichose negativ.

10. III. Lateralwärts zarte Epithelinseln.

18. III. Die Epithelisierung hat zugenommen: es ist ein etwa halbkreisförmiger Herd in zirka Markstückgröße mit senfkorngroßen Epithelstreifen besetzt. Im Zentrum des Geschwüres starke, blaßrote Granulationen. Fünfminutenlange Röntgenbestrahlung.

28. III. Keine Veränderung. Peripherwärts unten vom Geschwür noch geringe Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit. Geschwürsrand nicht derb. 5 Minuten Röntgenbestrahlung.

5. IV. Die Epithelisierungen sind wieder zerstört. Unter Borwasserverband stets Blutung.

20. IV. Bis heute Borsalbenverbände. Geschwür im ganzen etwas verkleinert besonders die Partie unter dem Auge. Geschwürsgrund weniger blutend. Lokal Salbenverband mit Unguent. praecip. alb.

28. IV. Es sind keine frischen Epithelisierungen aufgetreten.

5. V. Peripher überall ein mehrere Millimeter breiter Epithelsaum besonders an der unteren Seite; zentral ebenfalls neue zahlreiche Epithelinseln. Lokal weiter Unguent. praecip. alb.

26. V. In der Zwischenzeit keine besonderen Veränderungen. Die neugebildeten Epithelinseln sind wieder verschwunden. Das Granulationsgewebe blutet stets.

8. VI. An der nasalen Seite wieder Epithelisierung; sonst immer starkes Bluten der Granulationen. Dermatol bzw. Ung. praec. alb.

Digitized by Google

18. VI. Die Wunde ist von einem schmalen neugebildeten Epithelsaum eingefaßt. Zentral vereinzelte Inseln.

29. VI. Epithelinseln zentral größer, sonst sind einige neue zerstreut liegende aufgetreten.

15. VII. Nachdem bis 9. VII. keine Veränderung aufgetreten war, ist heute ein Fortschreiten der Ulzeration nasalwärts zu konstatieren; nach der Wange zu oben eine zirka dreieckige, halbbohnengroße Abschürfung erkennbar. Nirgends Unterminierung der Ränder. Patientin gibt zu, wegen Juckreizes gekratzt zu haben.

25. VII.—2. VIII. Täglich 5 Minuten Röntgenbestrahlung.

15. VIII. Keine Veränderung. Bepinselung der Wundfläche mit Jodtinktur.

22. VIII. Peripher und zentral zahlreiche frische stecknadelkopfgroße Epithelinseln.

28. VIII. Die Epithelinseln vergrößert. Granulationen unverändert schlaff.

9. IX. Granulationen flach. Epithel unverändert.

29. IX. In der Zwischenzeit hat sich keine Veränderung gezeigt. Unter Jodtinktur an verschiedenen Partien Epidermisierung, vermutlich von oben her. Vor einigen Tagen vorübergehende Ödembildung am linken Auge.

6. X. Der Substanzverlust noch knapp dreimarkstückgroß. Peripher zarter Epidermissaum; vielfach schwarze Blutkrusten. Blutentnahme. Wassermannsche Reaktion negativ.

10. X. Unverändert. Die gegen den linken Mundwinkel ziehende zungenförmige Narbe ist weißlich und ziemlich straff.

11. X. Photographische Aufnahme, nach welcher die hier beigegebene Abbildung angefertigt wurde[1]).

25. X. Okklusivverband mit Stärkebinden.

31. X. Zentral links unten seitlich und links oben mehrere hanfkorngroße Epithelinseln. Rand flach. Granulationen nicht blutend.

5. XI. Kein weiterer Fortschritt. Argent. nitr. Bals.-peruv.-Salbe.

15. XI. Kein weiterer Fortschritt; keine frischen Epithelinseln; die alten unverändert.

27. XI. Bepinselung mit Tinct. jodi. Stärkeverband fällt weg.

30. XI. Das Geschwür hat fogendes Aussehen: Es ist kleinpflaumengroß; nach der Nasenwurzel zu sendet es einen zirka 2 cm langen und $^1/_2$ cm breiten hornartigen Ausläufer. Der ausspringende Winkel im medialen unteren Teile ist bedeutend kleiner geworden.

7. XII. Starke Granulationsbildung. Epithelinseln zentral wieder verschwunden; die Epithelinseln links oben und unten vergrößert; sonst am Rande nirgends Epithelisierung.

18. XII. Wunde frischrot. Granulationen weniger üppig. Geringe weitere Verkleinerung links oben und unten. Rand etwas erhaben.

12. I. 1910. Wunde weiter verkleinert. Das Geschwür hat eine rhombische Form angenommen: Breite 3 cm, Länge 2 cm. Der obere nach der Nasenwurzel ziehende hornartige Ausläufer ist vernarbt.

20. I. Wunde unverändert. Kein frisches Epithel. Scharlachrotsalbe.

2. II. Wunde nicht verkleinert. Im Zentrum stärkere Granulationsbildung. In diesem Bezirke mehrere kleinste Epithelinseln. Vom Rande her keine Epithelisierung

---

[1]) Die Klinik besitzt auch eine im Januar 1909 hergestellte Moulage dieses Falles, welche in dem von H. Dettenborn verfaßten Kataloge (Beschreibung der Moulagen von Hautkrankheiten aus der Leipziger Derm. Univ.-Klinik, Dissertation 1913, S. 22f.) genauer beschrieben ist.

Digitized by Google

bemerkbar. Die Wunde erscheint an der Peripherie unter dem Hautniveau. Der Rand ist gering über das Hautniveau erhaben.

4. II. An beiden oberen Ecken der Wunde, besonders nasalwärts frische, seichte, hanfkorngroße, nach außen sich verschmälernde Stelle. Okklusivverband.

8. II. Im nasalen unteren Quadranten findet sich eine gut linsengroße Epithelisierung vom Rande her. Im oberen nasalen Quadranten starke Granulationswucherung; untere Stelle unverändert. Überstreichen der Wunde mit dem Lapis.

12. II. Die Epithelisierung ist gering lateralwärts fortgeschritten. Bei jedem Verbandwechsel zeigt sich eine blutige Durchtränkung des Verbandmaterials. Der Verband wurde in der Weise bewirkt, daß auf die Ulzeration ein Pappdeckel mit Watte gefüllt aufgesetzt und mit Leukoplast verklebt wurde.

Eine anästhetische Zone im Bereiche der Wunde ist nicht nachzuweisen.

16. II. Befund unverändert.

22. II. Photoxylinverband. Status idem.

26. II. Die Wundfläche hat sich etwas verkleinert; die Epithelinsel links unten ist um einige Millimeter verbreitert. Sonst reichliche Granulationsbildung.

2. III. Wieder geringe Verkleinerung; die Ulzeration hat jetzt die Größe eines Markstückes. Stark blutend. Deutlich ist die Vergrößerung der Epithelinsel im unteren Teile der Ulzeration. Verband mit Argentumsalbe.

8. III. Status idem. Dermatolsalbe.

16. III. Keine wesentliche Änderung. Verband stark durchblutet. „Bleiplattenverband".

21. III. Verbandwechsel. Verband war im oberen Teile gelockert. Starke Granulationswucherungen.

30. III. Der Substanzverlust verkleinert sich immer mehr. Beim Verbandwechsel zeigt sich immer eine starke Durchblutung des Verbandmaterials.

8. IV. Wunde wieder etwas verkleinert. Der Zwischenraum zwischen dem Wundrande und der Epithelinsel medial ist schmäler geworden. Die Gestalt des Geschwüres ist jetzt trapezförmig; es ist über zehnpfennigstückgroß.

15. IV. Wenig Veränderung. Starke Granulationsbildung nach Überpinselung der Wunde mit Tinct. jodi.

23. IV. Starke Durchblutung des Verbandes. Im lateralen Teile sind einige Epithelinseln verschwunden. Anlegung eines „Klebroverbandes", gegen den Patientin sich heftig sträubt. Auf die Wunde selbst Applikation von Scharlachrotsalbe.

30. IV. Der Verband trägt deutliche Zeichen der Manipulation. Abnahme desselben. Das Verbandzeug wieder stark durchblutet. Das Aussehen der Wunde wenig verändert. Auf dieselbe Dermatol, darüber eine Lage Gaze, dann Anlegung einer Klebrobinde und über dieselbe mehrere Stärkebinden.

9. V. Verbandwechsel. Die Epithelisierung von der medial unten gelegenen Epithelinsel ist lateralwärts vorgeschritten Der Zwischenraum zwischen deren medialem Rande und dem Rande des Ulkus ist verschwunden, so daß die Epithelinsel in die von dem Filtrum her erfolgte Vernarbung einbezogen worden ist. Auf diese Weise hat das Geschwür eine Ringform bekommen. Die Epithelinseln im lateralen Teile der Wunde sind größer geworden bzw. sind einige neue dazu gekommen. Die Vernarbung vom oberen Rande her hat ebenfalls gering zugenommen. Da die Augenlider etwas ödematös und gering entzündlich gerötet sind, wird heute das linke Auge nicht wie sonst in den Stärkeverband mit einbezogen.

21. V. Abnahme des Verbandes. Die Epithelinseln im lateralen Teile der Wunde sind fast sämtlich wieder verschwunden; in der Umgebung der Wunde ist die Haut leicht gerötet. Das Geschwür ist wieder größer geworden (zirka markstückgroß). Die vernarbte Stelle

Digitized by Google

im medialen unteren Teile ist wieder offen, so daß das Ulkus wieder unregelmäßig rund ist. Teilweise, besonders im oberen Teile, sind die Ränder etwas kraterförmig.

Es wird ein Klebrobindenverband (auch über das linke Auge) angelegt und darüber reichlich Stärkebinden, worauf dauernde Vernarbung erfolgt.

Als die Kranke der Klinik zuging, konnte eine bestimmte Diagnose aus dem Grunde nicht gestellt werden, weil das Ulkus im Gesicht kein mit Bestimmtheit für eines der uns geläufigen Krankheitsbilder sprechendes Merkmal aufwies. Karzinom war von vornherein ausgeschlossen, da nicht allein im allgemeinen das Alter der Kranken, sondern vor allem der Mangel klinischer Charaktere, insbesondere einer neoplastischen Infiltration der Randpartie, dagegen sprach. Am ehesten war zu denken an eine allerdings durch die vielfachen vorausgegangenen therapeutischen Prozeduren ihrer klinischen Prägnanz völlig verlustig gegangene modifizierte spätsyphilitische oder skrofulo-tuberkulöse Geschwürsbildung. Auch die Möglichkeit, daß die seltenen Krankheitsbilder der Blastomykose oder Sporotrichosis in einer gleichfalls durch die Therapie entstellten Form vorliegen könnten, wurde nicht außer acht gelassen, aber durch die mikroskopische Untersuchung gleichwie durch den negativen Ausfall der kulturellen Untersuchung auf nach SABOURAUD hergestellten Maltose-Agar-Nährböden sehr bald wiederlegt.

Für die Annahme einer syphilitischen Ulzeration war zwar zu verwerten, daß die Kranke Prostituierte gewesen und bereits antiluetische Kuren hinter sich hatte. Das Geschwür selbst zeigte keine für Syphilis verwertbaren Erscheinungen. Die nicht wie sonst bei Lues rundliche, sondern eckige Begrenzung sprach an sich schon fast dagegen.

Allerdings verfügt RILLE über eine in Wien gemachte Beobachtung, wo bei einem älteren Manne genau an derselben Stelle der Wange wie bei unserer Patientin ein etwa dreieckig begrenztes Geschwür sich vorfindet, das jedoch durch seinen infiltrierten, weit unterminierten Rand und seine kraterförmig vertiefte Basis als exquisit gummöses Geschwür sich präsentiert. RILLE ist geneigt, diese gelegentliche eckige Konfiguration syphilitischer Geschwüre im Gesichtsbereiche, welche stets von der Subkutis ihren Ausgang genommen haben, mit der Verlaufsrichtung der mimischen Gesichtsmuskulatur in Zusammenhang zu bringen. Auch an die nach RILLES Erfahrungen bisweilen als Ausdruck einer meist recht alten Syphilis an der Unterseite des Penis und im Penoskrotalwinkel vorkommenden eckig oder fast sternförmig gestalteten gummösen Geschwüre ist hier zu erinnern.

Der weitere Verlauf, insbesondere das völlige Versagen der drei Wochen lang durchgeführten Darreichung von Jodkalium in nicht gerade kleiner Dosis, ebenso der negative Ausfall der bei floriden Erscheinungen

Digitized by Google

doch sonst vorhandenen Wassermannschen Reaktion zeigte alsbald, daß Syphilis nicht vorliegen könne. Ebensowenig hatte die im Anschlusse an diese Medikation durchgeführte Verätzung mit Pyrogallussalbe, wie sie in der Lupustherapie üblich ist, einen kurativen Effekt, noch auch die hieran angeschlossenen Röntgenbestrahlungen. Infolgedessen festigte sich immer mehr die Überzeugung, daß ein Artefakt vorliegen müsse. Nachdem noch verschiedene bei torpiden Ulzerationen bewährte Salben ohne Erfolg versucht worden waren, wurden Okklusivverbände angelegt. Von da ab änderte sich vollständig der Charakter des bisher keine Spur einer Heilungstendenz aufweisenden Ulkus. Es trat breite Narbenbildung vom Rande her auf. Nichtsdestoweniger wußte die Kranke immer noch an der Wunde zu manipulieren und den Heilungsverlauf zu verzögern. Es ist aber auch nicht unwahrscheinlich, daß die Heilung bei dem dekrepiden Zustande der andauernd anämischen, nur wenig an Körpergewicht schwerer gewordenen Patientin an sich sehr langsam von statten ging. Auch erfolgt erfahrungsgemäß bei Wunden mit derb narbiger Umgebung, z. B. bei manchen Brandverletzungen, oft monate- und jahrelang keine volle Heilung.

Es handelte sich demnach um hysterischen Artefakt. Diese Diagnose konnte erst nach längerer klinischer Beobachtung gestellt werden. Den Literaturangaben, auf die wir hier nicht weiter eingehen wollen, kann man entnehmen, wie schwer es den einzelnen Beobachtern oftmals gefallen ist, zu einer bestimmten Auffassung zu gelangen.

Unsere Krankengeschichte bietet mancherlei Stützpunkte für die Annahme einer hysterischen Selbstbeschädigung. Zunächst war schon die Form des Geschwüres, wie es sich bei der Aufnahme präsentierte, eine sehr eigentümliche: die regelmäßige Konfiguration der Ränder, das Bestehen einer entzündlich schmalen Zone mußten den Verdacht eines mechanischen Reizes erwecken. Es gibt außer der von uns erwähnten, aber nur ausnahmsweise vorkommenden Dreiecksform luetischer Geschwüre kaum eine Hautaffektion, die ein ähnliches Bild zeigt. Das Geschwür stellt eigentlich weiter nichts dar als eine granulierende Wunde. Auch der Verlauf gab einige Anhaltspunkte für die Annahme eines Artefaktes. Wir haben öfter bei der Kranken gesehen, daß im Ulkus zarte Epitheliseln aufgetreten waren, welche jedoch ohne jede nachweisbare Ursache wieder schwanden. Einmal (am 15. VII. 1909) konnte man ein Fortschreiten der Ulzeration nasalwärts konstatieren, und zwar in Gestalt einer Abschürfung. Patientin gab zu, wegen „Juckreizes“ gekratzt zu haben. Ganz deutliche Zeichen der Manipulation waren auch am 21. V. 1910 zu konstatieren, wo eine Verschlimmerung ohne jede erklärliche Ursache entstanden war. Eine wesentliche Besserung konnte erst erzielt

Digitized by Google

werden, als man feste Verbände anlegte. Deren Applikation bot jedoch mannigfache Schwierigkeiten; wenn man auch erreichte, daß Patientin mit dem Finger nicht in das Gebiet der Wunde gelangen konnte, so stand ihr doch immer noch die Möglichkeit offen, den ganzen Verband gegen die Ulzeration zu scheuern und vom Munde aus gegen die Wangenschleimhaut dort, wo das Geschwür saß, einen Druck mit dem Finger auszuüben. Daß Patientin das tat, ist als sicher anzunehmen, da bei jedem Verbandwechsel das Verbandmaterial stark durchblutet und die Umgebung der Wunde immer stark gereizt war.

Wäre die Ulzeration an einer anderen Stelle lokalisiert gewesen, z. B. an einer Extremität, so wäre es ein Leichtes gewesen, einen impermeabeln Verband so anzulegen, daß jegliche Manipulation ausgeschlossen war.

Bei Affektionen im Gesicht ist es oft recht schwer, einen zweckmäßigen Verband anzubringen, da den Individuen immer noch die Möglichkeit gegeben ist, denselben gegen die Affektion zu scheuern, wie das auch in unserer Beobachtung oft der Fall war. Recht gute Dienste hatte hierbei Teufels Klebrobinde (elastische klebende Rollbinde nach Dr. Ferd. v. Heuss) geleistet. Dieselbe schmiegt sich eng an das betreffende Glied an, klebt sehr fest, ist elastisch und läßt infolge ihrer Porosität die Wundsekrete gut hindurch. Es gelang damit, auch den hartnäckigen Widerstand unserer Simulantin zu brechen.

Jedenfalls aber war es gelungen, den Manipulationen der Kranken Schwierigkeiten in den Weg zu legen, so daß eine allmähliche Verkleinerung der Wunde erreicht wurde. Dazu kam noch, daß die Kranke wohl merkte, man sei nun argwöhnisch geworden. Ganz auffällig war die Besserung, als fixe Stärkeverbände so angelegt wurden, daß das ganze Gesicht und der Kopf in dieselben eingehüllt waren, so daß ein Scheuern des Verbandes gegen die Wundfläche ausgeschlossen war. Endlich ist auch die mikroskopische Untersuchung eines im Juli 1909 exzidierten Stückes mit heranzuziehen. Es erscheint die Haut ihrer Epidermis beraubt, der Papillarkörper frei zutage liegend. Ferner befindet sich der Hautbezirk im Zustande der Entzündung, die Gefäße sind dilatiert, man sieht stellenweise Fibrinauflagerungen und Rundzelleninfiltrationen.

Ein Geständnis war trotzdem nicht zu erzielen. Die Kranke machte von je einen ungemein scheuen, verstörten Eindruck und war psychisch äußerst schwer zu beeinflussen. Ein strenger Blick, ein hartes Wort oder die Ermahnung, sie solle nicht an der Wunde sich zu schaffen machen, genügten, um heftiges Weinen bei der außerdem geistig ziemlich minderwertigen Kranken auszulösen. Jedenfalls ist es als klar anzunehmen, daß die Ulzeration das Ergebnis eines fortgesetzten mechanischen Reizes ist.

Was veranlaßte nun die Patientin, sich dauernd selbst zu beschädigen,

Digitized by Google

und dazu noch an einer Stelle, wo eine Entstellung deutlich allen Blicken sichtbar ist? Hier kann man natürlich nur Vermutungen hegen. Wie bekannt, geschehen die Selbstbeschädigungen der Hysterischen oft ohne jeden ersichtlichen Grund; in den meisten Fällen erfolgen sie, um Interesse zu erwecken; die Patienten freuen sich über die Aufmerksamkeit, die man ihrem „seltenen Fall" zuwendet. Bei unserer Patientin muß man diese Annahme von der Hand weisen; im Gegenteil, das Interesse, das man ihr entgegenbrachte, empfand sie als ungemein lästig; sie fing meistens bei den Visiten und beim Verbandwechsel heftig zu weinen an und war froh, wenn man sie in Ruhe ließ.

Höchstwahrscheinlich lagen bei unserer Kranken auch materielle Gründe vor, sich dauernd selbst zu beschädigen. Sie war ohne Beruf; infolge ihrer geistigen und körperlichen Minderwertigkeit war sie auch außerstande, dauernd einem Berufe, auch einem leichten, nachzugehen. Früher war sie Hausmädchen; dann wurde sie Prostituierte. Es war jedoch immer ihr Wunsch, aus der lästigen Kontrolle wieder herauszukommen. So mag in ihr der Gedanke aufgekommen sein, sich das Ulkus beizubringen und es dauernd zu kultivieren. Der Aufenthalt im Krankenhause tat ihr wohl; sie wußte sich versorgt und hätte, wenn sie aus demselben geheilt entlassen würde, nicht gewußt, was sie anfangen sollte. Dazu kommt noch, daß sie an der Stationsschwester mit einer geradezu kindlichen Anhänglichkeit hing. Daß schließlich doch eine beträchtliche Verkleinerung des Ulkus eintrat, mag — abgesehen von den Okklusivverbänden, die man ihr anlegte — auch noch daran liegen, daß sie Aussichten hatte, in ein Versorgungsheim zu kommen, daß sie also um ihre weitere Zukunft sich nicht zu kümmern brauchte.

Immerhin ist es merkwürdig, daß sie eine solch exponierte Stelle zu ihrer Simulation sich wählte; durch die Vernarbung ist die linke Gesichtshälfte arg entstellt worden. Jedenfalls hat sich die geistig minderwertige debile Person darüber keine Gedanken gemacht.

Vielleicht spielen auch psychische Einflüsse mit im Sinne der „Zwangshandlungen" im Sinne v. STRÜMPELLS [1]). Wenn man Patientin beobachtete, konnte man sehen, daß sie immer nach der Stelle, wo die Wunde saß, mit den Fingern tastete, ähnlich wie bei Kindern, denen man das Beißen an den Fingernägeln und das Lutschen an den Fingern nicht abgewöhnen kann.

Chemische Mittel wandte die Patientin sicher nicht an; in ihren Sachen wurde nie ein Arzneimittel gefunden, auch sprach das Aussehen des Ulkus gegen dessen Anwendung. Die beiden Winkel im medialen

[1]) v. STRÜMPELL, Über einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. D. Zschr. f. Nervenhlk., 1892, Bd. 2, S. 350.

Digitized by Google

Teile des Geschwüres deuten darauf hin, daß Patientin vom Augenwinkel nach dem Munde zu und von diesem nach dem Filtrum zu mit dem Fingernagel kratzte Daß das Ulkus im ganzen so schwer heilte, ergab sich eben daraus, daß Patientin den Verband hin und her bewegte, bis ihr das sehr schwer und schließlich unmöglich gemacht wurde.

Von den in der Literatur verzeichneten und an unsere Beobachtung sowie an infektiöse Granulationsgeschwülste erinnernde Simulationsfälle möchte ich hier bloß drei erwähnen.

Startin[1]) beschreibt einen Fall von Simulation eines Lupusgeschwüres im Gesicht bei einem 27jährigen Mädchen. Dasselbe war zwei Jahre lang in seiner Behandlung; während dieser Zeit waren alle Heilungsversuche ohne Erfolg. Er beobachtete, daß manchmal die Wunde unter einfachen indifferenten Verbänden heilen wollte, bzw. daß stärkere Kaustika zuzeiten den Heilungsprozeß begünstigen. Die Patientin gestand, daß sie sich die Affektion durch Stechen beigebracht habe.

Schimmelbusch[2]) berichtet von einem 26jährigen Mädchen, das eine handtellergroße Ulzeration über der linken Mamma aufwies. Das Geschwür war im Laufe dreier Jahre nach einer geringfügigen Verletzung mit einer Stecknadel entstanden und hatte sich allmählich, besonders zuzeiten der Menstruation, vergrößert. Die Patientin ist lange Zeit hindurch von verschiedenen Ärzten ohne Erfolg behandelt worden. Senger hatte vergeblich Transplantationen gemacht; er hielt die Affektion für eine Trophoneurose. v. Esmarch, Thiersch und Petersen hatten jedoch die Affektion für das Resultat eines hysterischen Artefaktes erklärt. In der v. Bergmannschen Klinik wurde ein Gipsverband angelegt, die Wunde verkleinerte sich und begann vom Rande her zu vernarben. Auch eine Transplantation glückte; 14 Tage nach derselben waren alle Läppchen angeheilt, jedoch waren einige Granulationspfröpfe zurückgeblieben, die sich auch mittels Lapis nicht überhäuten wollten. Sie wurden größer, und schließlich waren große Granulationsflächen entstanden. Auf den transplantierten Stellen traten erst Blasen auf; diese platzten dann, so daß der rote sezernierende Papillarkörper frei zutage lag. Eine zweite Transplantation führte zu demselben Erfolg. Es war auffällig, daß an Stellen, wo der Verband aufgelegen hatte, die Haut durchscheuert war, so daß der Verdacht entstand, daß in unbeobachteten Augenblicken derselbe hin und her gerieben wurde. Jetzt wurde er weggelassen und die Wunde mit Gaze und Photoxylin zugeklebt; von da ab trat Heilung ein.

Sick[3]) beobachtete ein Mädchen mit einer Ulzeration auf dem rechten Handrücken über dem fünften Mittelhandknochen. Es handelte sich anfangs um eine „schlaffe, reizlos aussehende Wunde ohne Besonderheiten". Nach Anfrischung der Wundränder und folgender Naht war nach ca. 14 Tagen Heilung eingetreten. Darauf war unter leichtem Schutzverband die Bildung eines Geschwüres erfolgt, $2\,^1/_2$ cm lang, $^1/_2$ cm breit und tief, welches das Aussehen eines tuberkulösen Ulkus hatte. Es erfolgte Exzision, Schluß des Defektes durch Naht und Anlegung eines antiseptischen Verbandes. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch keine Anhaltspunkte für Tuberkulose oder für eine andere

---

[1]) Startin, Remarks on feigned or hysterical diseases of the skin. Brit. m. J., 1870, S. 25. — [2]) Schimmelbusch, Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. B. kl. W., 1892, S. 1170. — [3]) Sick, Ärztl. Verein zu Hamburg, 10. I. 1893. Vorstellung eines Mädchens mit einer Ulzeration an der Hand, hervorgerufen durch dauernde absichtliche Selbstbeschädigung. D. m. W., 1893, S. 874.

Digitized by Google

Erkrankung. Trotzdem trat keine Heilung ein: es war allmählich eine wenig sezernierende kraterförmige Ulzeration entstanden. Nun dachte man an Lues. Patientin wurde mit Quecksilberinjektionen und Jodkali behandelt, ohne jeden Erfolg. Eine vierte Exstirpation des Ulkus führte zu dem gleichen Mißerfolg. Da alle therapeutische Maßnahmen fehlschlugen, vermutete man eine Selbstbeschädigung. Unter festem Verband trat auch wirklich langsame Heilung ein. Es ergab sich, daß die Kranke mit den Fingern auf den Verband einen Druck ausübte; so brachte sie sich künstlich die Affektion bei.

Diese Fälle bieten eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von uns selbst beobachteten und lassen erkennen, wie schwierig es sein kann, sogar bei fortgesetzter klinischer Beobachtung, solche „Kranke" zu entlarven.

Versammlungen.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermatology.)

Sitzung vom 18. Februar 1915.

1. Multiple Tumoren, von E. G. GRAHAM LITTLE. Der 48jährige Kranke hatte etwa zwölf flache, sehr derbe Knoten, die die ganze Dicke der Haut einnahmen und über der Unterlage verschieblich waren. Die Oberfläche war leicht gefaltet, von normaler Hautfarbe, nur an ein oder zwei Stellen etwas gerötet. Die Tumoren saßen auf den Nates und der Außenseite der Oberschenkel. Der Kranke gab an, daß er 15 Jahre vorher wegen eines nervösen Leidens Injektionen von Phosphor bekommen hatte; es waren knotige Schwellungen an den Injektionsstellen entstanden, die bestehen blieben und schließlich etwas größer wurden.

Ein Knoten wurde zwecks histologischer Untersuchung exzidiert. Die Tumormasse zeigt sich zusammengesetzt aus sehr dichtem Bindegewebe mit wenig Fibroblasten, zeigt keine oder nur geringe Aktivität. In das Gewebe eingebettet finden sich Haufen von verschieden großen Zellen mit vakuolärem Zytoplasma und einem oder mehreren dunkelgefärbten Kernen. Diese Zellen scheinen in das periphere Fettgewebe überzugehen und dürften embryonale Fettzellen darstellen. Während also das klinische Aussehen das eines Fibrosarkoms ist, zeigt die mikroskopische Untersuchung eine chronische, fibröse Entzündung mit Fettregeneration.

2. Zwei Fälle von Dermatitis factitia, von GEORGE PERNET. 1. Eine 23jährige Frau mit unregelmäßigen, oberflächlichen Läsionen auf der oberen Hälfte der linken Brust und am rechten Unterschenkel. Daneben Narben und Reste älterer Läsionen. Die Kranke hat einige hysterische Stigmen.

Bei der anderen, 30jährigen, Frau hatte das Leiden nach einer zufälligen Schußverletzung des linken Unterarmes begonnen. Nunmehr ist die Streckseite des linken Armes mit unregelmäßigen, oberflächlichen Ulzerationen, Krusten und Narben bedeckt. Die Läsionen heilen rasch, brechen aber wieder auf, wenn die Kranke die Arbeit wieder aufnimmt. Ferner finden sich hypertrophische Narben von der linken Brust über die Schulter bis zur Skapula. Auf der linken Seite des Stammes die Reste von älteren und frischeren Läsionen.

3. Coccidiosis avenerea, von J. E. R. MCDONAGH. Der 22jährige Patient hatte sich bei einem Sturze an den Knien und am rechten Ellenbogen verletzt. Die letztere Verletzung wurde vernachlässigt und heilte schwer; in ihrer Umgebung trat ein Ausschlag auf, der sich allmählich ausbreitete. Einen Monat später trat mehrwöchentliches

Digitized by Google

Fieber und später Ausschlag am Penis und linken Ellenbogen auf. Der Herd am Ellenbogen war purpurblau, stellenweise verkrustet, narbig, einem Sarkoid nicht unähnlich. Der oben genannte Ausschlag bestand aus hanfkorngroßen, braunroten, teils durchscheinenden Papeln auf normaler Basis, teils konfluent, teils krustös. Keine Drüsenschwellung, WASSERMANN negativ.

Histologisch fand sich in einer solchen Papel eine kreisrunde Infiltration, an der drei Zonen zu erkennen waren: außen Plasmazellen, dann Plasmazellen, Lymphozyten und Endothelzellen, im Zentrum Endothelzellen. In der mittleren Lage fanden sich in den Endothelzellen Gebilde, die Verfasser als verschiedene Stadien eines Parasiten erkannte und den Kokzidien zurechnete. Sie gaben ähnliche Reaktionen wie das Leukozytozoon syphilidis. Verfasser meint, daß diese Kokzidienerkrankungen häufiger wären als man annehme, und daß sie früher vielfach als Syphilis diagnostiziert worden seien.

4. Favus der unbehaarten Haut, von S. E. DORE. Das 10jährige Kind hat am Kinne und am Halse rechts zwei ovale, erythematöse, leicht schuppende Herde; ein ähnlicher am rechten Knie. Die Herde waren von einer Trichophytie nicht zu unterscheiden; die Diagnose wurde nur durch ein typisches Skutulum im Zentrum des Herdes am Kinne ermöglicht. Wahrscheinlich handelt es sich um Mäusefavus.

5. Sklerodermie, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 29jährige Patientin bemerkte seit einigen Jahren weiße Flecke auf der Brust, die in der letzten Zeit sich vermehrten, vergrößerten und konfluierten. Auf der Oberbrust fanden sich zahlreiche weiße, narbenähnliche Flecke von opakem, glänzendem Aussehen. In der Klavikularregion war die Haut weiß und leicht infiltriert; ähnlich waren die Schultern. In der Umgebung der weißen Flecken bestand bedeutende Pigmentvermehrung. Flecke, ähnlich atrophischen Streifen, zogen sich am Halse längs des hinteren Kopfnickerrandes bis zur behaarten Kopfhaut. Ähnliche Läsionen auf der ulnaren Seite der Unterarme.

6. Ulcus rodens, von E. G. GRAHAM LITTLE. Bei dem 71jährigen Manne war vor fünf Jahren am Nacken ein Knötchen aufgetreten, das ohne zu ulzerieren bis zu Wallnußgröße heranwuchs. Erst vier Jahre später trat eine Ulzeration auf, die mit dem harten, erhabenen, wallartigen Rande und der seichten, zentralen Exkavation das typische Bild eines Ulcus rodens darbot. Keine Drüsenschwellungen. Ferner fanden sich auf den Handrücken und im Gesicht zahlreiche senile Keratome, von denen eins ulzeriert war und ein kleines Ulcus rodens bildete. Außer dem ungewöhnlichen Sitze und den Keratomen war in diesem Falle noch der Nachweis der Heredität bemerkenswert.

7. Parakeratosis variegata, von H. W. BARBER. Bei der 38jährigen Patientin traten im Sommer an den Unterschenkeln rote, leicht schuppende Flecke auf, die stark juckten. Später erschienen dieselben im Gesichte, am Halse und an den Armen. An den Wangen findet sich eine diffuse, braunrötliche Verfärbung, aussehend wie ein Erythem mit Pigmentvermehrung. Verstreut einzelne kleine, ovale, weiße Flecke. Auf dem Vorderkopfe ist das erythematöse Aussehen teilweise geschwunden, und es bleiben unregelmäßige, teilweise netzartige Pigmentierungen. Am Halse deutliche Netzform. An den Schienbeinen sind große, leicht erhabene, erythematöse Flecke, während an den Waden netzförmige Anordnung mit starker Pigmentation zu sehen ist. Nach der Angabe der Kranken soll sich das netzförmige Aussehen aus der mehr diffusen Form entwickelt haben.

8. Dermatitis artefacta, von J. M. H. MAC LEOD. Der 18jährigen Patientin war vor vier Wochen ein Ganglion der rechten Hand exzidiert worden; 14 Tage später erschien auf dem Handrücken, den Fingern und dem Handgelenk eine Eruption, bestehend in verschieden großen, ovalen oder runden Blasen, die teils mit Krustenbildung eintrocknete oder scharfumschriebene Ulzerationen hinterließen, die mit oberflächlichen

Digitized by Google

Narben abheilten. Die befallenen Stellen zeigten die Effloreszenzen in verschiedenen Entwicklungsstadien. Die Annahme, daß es sich um eine artefizielle Dermatose handle, wurde dadurch erhärtet, daß unter einem Okklusivverband die Effloreszenzen abheilten, neben diesem aber neue erschienen. Vielleicht waren es Verätzungen mit Kaliumbichromat.

9. Lichen planus von ungewöhnlicher Chronizität, von J. H. Sequeira. Der 42jährige Mann hat seit 25 Jahren auf der Vorderseite beider Unterschenkel eine juckende Affektion, die manchmal ulzerierte. Sie bestand in einer Anzahl glänzender, auf der Oberfläche abgeplatteter, erhabener Effloreszenzen von verschiedener Größe. Die kleinen Effloreszenzen waren typische Lichen planus-Knötchen, die größeren waren durch Konfluenz der ersteren entstanden. Diese waren stark erhaben, livid an der Oberfläche, einige hatten Schuppen, die meisten waren glatt. In diesem Falle ist die lange Dauer der Affektion bemerkenswert.

10. Naevus linearis, von Dudley Corlett. Der Nävus ging vom Gesichte über den Hals auf den Stamm, in der Mittellinie von der Sternoklavikularverbindung bis zur Symphyse, hierauf in der vertikalen Achse des Schenkels.

11. Fall von tertiärer Syphilis, von George Pernet. Die 57jährige Frau hat ausgedehnte gummöse Infiltrationen, Ulzerationen und Narben am rechten Unterschenkel, auf der Brust und dem Halse. Die Patientin ist noch nicht spezifisch behandelt. Ihr Mann ist an progressiver Paralyse gestorben. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Max Joseph-Berlin. (Siebente, erweiterte und vermehrte Auflage, mit 66 Abbildungen im Text, einer schwarzen und drei farbigen Tafeln, nebst einem Anhang von 103 Rezepten. Leipzig 1915, Verlag von Georg Thieme. Ladenpreis geheftet 7,20 M., gebunden 8,20 M.) Die in den letzten Jahren besonders erzielten Resultate in der Syphilisforschung und ihrer Therapie lassen es von vornherein erklärlich erscheinen, daß das seit seiner ersten Auflage so beliebte Josephsche Lehrbuch jetzt schon in der siebenten und erweiterten Auflage erscheint und jetzt mehr als je dem Studierenden als ein ausgezeichneter Wegweiser in dem Studium der Geschlechtskrankheiten und ihrer Behandlung dient. Sein ganz besonderes Interesse widmet der Verfasser der Syphilis, deren einzelne Phasen und Lokalisationen er genau beschreibt. Jedes seiner Kapitel besteht aus der Symptomatologie, pathologischen Anatomie und der so wichtigen Therapie. Auch die beiden anderen Krankheiten Ulcus molle und Blennorrhoe werden ihrer Bedeutung entsprechend gewürdigt und trotz der Kürze gegenüber den großen Lehrbüchern genau und zur Genüge geschildert. Die zahlreichen Abbildungen erhöhen den Wert dieses Werkes, nicht nur durch die anatomischen, sondern auch durch die klinischen Reproduktionen. Auch die farbigen Bilder tragen insbesondere zur Diagnosenstellung bei. Als einen ganz besonderen Vorzug erwähne ich auch die angehängte Therapie mit 103 Rezepten, so daß dem Studierenden dieses Werk als ein Lehrbuch par excellence willkommen sein muß.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die Läuseplage und ihre Bekämpfung, von Dreuw. (Berlin 1915, Fischers med. Buchhandlung) Dreuw hat in der von ihm bekannten rührigen Art eine „Sondersammlung zur Bekämpfung der Läuseplage" seitens des „Zentraldepots für Liebesgaben" veranlaßt, und es ist ihm gelungen, bis Anfang April 300000 M. dem Kriegsministerium für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen. Er berichtet in seinem

Digitized by Google

Buchlein ausführlich über die bisherige Propaganda und über die zweckmäßigste Form künftiger Propaganda. Des weiteren erörtert er alle die Mittel, die gegen die Läuse empfohlen worden sind. Dieser Teil des Buches wirkt infolge der vielen Wiederholungen und der ungeordneten, wohl übereilig abgefaßten Darstellung recht ermüdend. Unter den Mitteln chemischer Natur empfiehlt er besonders die Abtötung durch das „Tibin-Verfahren". „Dieses besteht in der Anwendung von drei Präparaten, einem Tibinsalbenstift, der in fettfreier Salbengrundlage ätherische Öle und desinfizierende Mittel enthält, die imstande sind, nach dem Bestreichen der Haut mittels des Stiftes die Läuse vom Körper fernzuhalten und den Juckreiz zu mildern. Der Soldat kann diesen Salbenstift bequem mit sich führen. Ähnliche Substanzen befinden sich in der Tibinflüssigkeit, die zur Verwendung kommt, um die Kleider zur Verhütung der Ansiedlung der Parasiten zu bestäuben oder zu bespritzen, oder aber, falls die Parasiten schon in den Kleidern sich eingenistet haben, die abtötende Flüssigkeit mittels eines Lappens, einer Bürste, Watte, Verbandmull usw. gründlich in die Kleider einzureiben, ähnlich wie man mittels Benzin die Flecken aus den Kleidern wegreibt. Auf dem Marsche und im Schützengraben endlich kommt das Tibinpulver in Betracht, das in einem Zerstäuber verpackt, sowohl in die Kleider direkt, als auf den Körper gepudert werden kann." Für die physikalische Abtötung der Läuse und ihrer Brut empfiehlt D., jeder größeren Truppenabteilung einen luftdichten, großen Sack, der leicht bis in den Schützengraben hinein transportiert werden kann, zur Verfügung zu stellen. In den Sack kommen die zu reinigenden Kleider. Mittels eines mitgelieferten Dampfentwicklungsapparates oder einer Bombe läßt man Dampf oder erhitzte Luft oder schwefelige Säure oder Ammoniakgas hineinleiten. In $^1/_2$ Stunde ist die Desinfektion erzielt. Man kann auch einen mit Ammoniak durchtränkten Lappen in den Sack hineinlegen. Zum Schluß folgen noch Angaben zur Bekämpfung der Fliegen, Wanzen, Flöhe, Zecken usw. Zur schnellen Orientierung über die Läuseplage und ihre Bekämpfung ist das Büchlein recht geeignet. E. Brinitzer-Altona.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Serumexantheme, von F. Reiche. (Mitt. Hamb. Staatsanst., 1914, Bd. 15, H. 7.) Innerhalb dreier Jahre traten an den mit Serum behandelten Diphtheriekranken bei 5,5% reaktive Hauteruptionen auf, in weiteren vier Jahren bei 6,8%. Die Häufigkeit der Serumexantheme ist abhängig nicht von der Schwere der Krankheit, sondern von der Höhe der zugeführten Serummengen, auch von der Art der Einverleibung, bei intravenöser nahezu doppelt so groß als bei den subkutan behandelten. Die Exantheme können bereits frühzeitig nach der Injektion beobachtet werden, den zweiten Tag, ihre Hauptzahl fällt zwischen den 6.—12., noch enger 8.—10. Tag; für den zeitlichen Eintritt ist die Höhe der eingebrachten Immunitätseinheiten jedoch unmaßgeblich. Die Exantheme waren in mehr als $^2/_3$ urtikariellen Charakters, dann der Häufigkeit nach skarlatiniform, morbillär und rubeolär, die Urtikaria zuweilen als U. gigantea oder Quinckesches angioneurotisches Ödem, zweimal als U. vesiculosa. Oft ging dem universellen Exanthem ein lokales zirkumskriptes an der Injektionsstelle um einen Tag vorauf, nicht selten waren auch derartige kleine, auf eine oder wenige Quaddeln beschränkte örtliche Eruptionen, ohne sich anschließende allgemeine Ausbrüche. Zumeist das urtikarielle Exanthem wurde vielfach von einem das Gesicht, insbesondere Lider

Digitized by Google

und Lippen, am deutlichsten befallenden Ödem begleitet. Nach 1—3 Tagen waren die meisten Exantheme restlos geschwunden. Desquamation selten und nie erheblich.

E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von Erythromelalgie, kombiniert mit Raynaudschem Symptomenkomplex, von Radenićio. (W. m. W., 1915, Nr. 3.) Das Leiden des Patienten begann im Frühjahr 1912 mit vorwiegend nächtlichen, ziehenden Schmerzen, wobei die Dorsalpartien der Füße sich röteten, anschwollen, empfindsam und heiß wurden. Nach einer Behandlung mit kalten Fußbädern und Faradisation gingen die Symptome völlig zurück. Sechs Wochen später traten die gleichen Symptome linksseitig wieder auf, wobei sie von Geschwüren gefolgt waren. Nach der Aufnahme in ein Spital wurde die Haut der 1.—3. Zehe nekrotisch, der ganze linke Vorderfuß hyperalgetisch und die Reflexe gesteigert. Die ergriffenen Zehen wurden analgetisch und anästhetisch, die früher palpable Art. pediaea nicht mehr fühlbar und der linke Achillessehnenreflex stark herabgesetzt.

Im Anschluß berichtet Hecht über Röntgenbefunde, aus welchen sich Unterschiede am Knochenbilde bei Erfrierung und bei Raynaudscher Krankheit ergeben.

H. Vörner-Leipzig.

Die Pellagra in Beßarabien, von Guido Tizzoni. (Riv. pellagrol. It., 1914, Nr. 6.) Verfasser hat bei allen in Beßarabien untersuchten Pellagrafällen im Blute den von ihm beschriebenen Streptobacillus pleomorphus gefunden. Der Typus A wurde relativ zum Typus B häufiger gefunden wie in Italien. Auch im Lumbalpunktat wurde der Bazillus (B) gefunden. Verfasser verbreitet sich dann noch etwas über die biologischen Eigenschaften dieses Mikroorganismus. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra in Minnesota, von D. R. Brengle-St. Paul. (J. Am. m. Assoc., 3. Okt. 1914.) Den beim Gesundheitsamte des Staates Minnesota eingegangenen Meldungen zufolge sind dort bisher nur vier Fälle von Pellagra beobachtet worden. Dieselben verliefen alle letal. Verfasser berichtet über einen fünften Fall, einen 35jährigen Erdarbeiter betreffend, der mit Klagen über entzündliche Erscheinungen an den Händen und Armen sowie im Gesicht zur Aufnahme gelangte. Er gab an, vor etwa drei Wochen erkrankt zu sein, nachdem er vorher schon an Verdauungsstörungen und Kopfweh gelitten habe. Es bestand auch große psychische Depression, Apathie und melancholische Verstimmung. Bei möglichst roborierender Behandlung und Verabreichung von Arsenik erfolgte Genesung. Als eine besondere Eigentümlichkeit wird das auffallende Hervortreten der epitrochlearen Lymphdrüsen hervorgehoben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Pellagra in Antigua, von W. M. McDonald. (Lanc., 16. Jan. 1915.) Im Jahre 1913 hat Verfasser 32 Fälle beobschtet; er schließt sich der avitaminen Theorie an.

H. Boas-Kopenhagen.

Pellagra in England bei einem kleinen Kinde, von J. Box. (Brit. m. J., 29. Aug. 1914.) Kasuistik. Die $4^1/_2$jährige Patientin wurde mit ausgezeichnetem Erfolge mit 0,06 g Neosalvarsan behandelt. H. Boas-Kopenhagen.

Untersuchungen über die Pellagra der Kinder, von A. Franchetti. (Rev. pellagrol., 1914, Bd. 14, Nr. 2.) Aus den Forschungen der italienischen Pellagrakommission ergibt sich, daß kein einziger sicherer Fall von Pellagra von Milchkindern nachgewiesen werden konnte, und daß es sich in den wenigen bekannten Fällen von Kinderpellagra um Kinder handelt, die älter als ein Jahr sind und bei denen der Einfluß der Maiskost mit Sicherheit in Abrede gestellt werden kann. Jedenfalls stellt die Kinderpellagra eine Ausnahme dar. K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Weitere Beobachtungen der Thompson-McFaddenschen Pellagrakommission, von J. F. Siler, P. E. Garrison und W. J. Mac Neal-New York. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Der erste Bericht dieser Kommission schloß mit dem Ende des Jahres 1912 ab und umfaßte 282 Fälle von Pellagra, die in Spartanburg Conuty festgestellt waren; im Jahre 1913 hat die Kommission in diesem Bezirk noch weitere 565 Fälle gesammelt. Am zahlreichsten vertreten waren die Fälle in den Gegenden, wo die Bevölkerung in Baumwollenfabriken ihren Erwerbszweig hatten; bei der ackerbautreibenden Bevölkerung waren die Erkrankungen spärlicher verteilt. Kinder unter zwei Jahren, sowie Erwachsene in den ersten fünf Jahren der Pubertät, sowie Männer in den kräftigeren Jahren waren am seltensten betroffen. Bei etwa 80% der Fälle war die Möglichkeit einer Übertragung seitens Angehöriger oder Nachbarn wenigstens nicht als unmöglich zu bezeichnen. Ein Einfluß der Diät auf die Entstehung des Leidens konnte bei Erhebungen unter einer Bevölkerung von 5000 Einwohnern in sechs Pellagragebieten nicht nachgewiesen werden. Unsanitäre Verhältnisse, namentlich in bezug auf Mängel in der Beseitigung von menschlichen Exkrementen, schienen der schnelleren Ausbreitung der Krankheit wesentlichen Vorschub zu leisten. Daß Insekten, besonders Simulium, die Krankheit übertragen, steht in direktem Widerspruch mit hier beobachteten Tatsachen; andererseits haben Tierexperimente und die Untersuchung der intestinalen Bakterien keine beweiskräftigen Resultate erbracht. A. Philippi-Salzschlirf.

Die neuen Theorien über die Ätiologie der Pellagra, von Karl Rühl. (Riv. Ospedaliera Sez. scient., 1914, Nr. 12.) Während die Theorien über den parasitären Ursprung der Pellagra vergeblich auf die Bestätigung warten, sind einige andere Theorien aufgetaucht, die zum Teil eine eingehendere Betrachtung verdienen. Zunächst bespricht Verfasser die photodynamische Theorie und die zu ihrer Stützung ausgeführten Tierversuche. Dann bespricht er die Avitaminosentheorie von Funk und den Monophagismus von Volpino; nach letzterem wäre die Pellagra ein Maismonophagismus. Zum Schlusse erwähnt Verfasser noch die Hypothese der Kieselsäureintoxikation.

R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra, von G. Alessandrini und A. Scala-Rom. (Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2, H. 2—4.) Während man bisher der Ansicht war, daß die Pellagra eine parasitäre Erkrankung ist, kam Scala auf den Gedanken, daß die Pellagra auf der Wirkung einer mineralen Substanz beruhe, die man unter gewissen Umständen in den Gewässern findet, die man in Pellagragebieten trinkt. Die Versuche scheinen die Richtigkeit der letzteren Ansicht zu bestätigen, daß die Pellagra die Wirkung einer chronischen Intoxikation ist, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in Gewässern, die in bestimmter Weise zusammengesetzt sind, ist. Die Mineralavidosis muß größer sein als diejenige, die im gesunden Organismus vorhanden sein muß, und die wir für die Reaktion von Kochsalz und Proteinsubstanzen als notwendig und wohltuend bezeichnen können. Die Behandlung besteht in einer Darreichung einer 5—10%igen Trinatriumzitratlösung. W. Chrzelitzer-Posen.

Neuer Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra, von G. Alessandrini und A. Scala-Rom. (Annali d'Igiene sperimentale, 1914, Bd. 24.) Die Verfasser kamen, durch Betrachtung mehrerer Umstände, zur Überzeugung, daß die Ursache der Pellagra in dem unbelebten organischen oder anorganischen Inhalt des Trinkwassers zu suchen sei und führten eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung aus, aus denen sich ergab: 1. Daß die Kieselsäure in kolloidaler Lösung und im gelatinösen Zustande, per os, subkutan oder intraperitoneal eingeführt, bei Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden und Affen eine chronische Intoxikation hervorruft

Digitized by Google

und daß auf diese schädliche Wirkung der Kieselsäure ein großer Einfluß von den Elektrolyten ausgeübt wird, mit denen die Kieselsäure in Berührung kommt, bevor sie in den Kreislauf übergeht, wobei sich kolloidale Verbindungen oder solche mit Oberflächenabsorption bilden, die schädlicher oder weniger schädlich als die Kieselsäure oder überhaupt nicht schädlich, wie im Falle des Kalziumkarbonats, sein können. 2. Daß die Tonerde, wenigstens bei Meerschweinchen und Kaninchen, eine ähnliche Wirkung wie die Kieselsäure ausübt und somit, wenn sie sich mit dieser zu einer kolloidalen Verbindung vereinigt oder einfach neben der Kieselsäure im Wasser als Suspension enthalten ist, die Wirkung der Kieselsäure verstärkt. 3. Daß die aufgeschwemmte Tonsubstanzen enthaltenden Gewässer der pellagrösen Gegend Gualdo-Tadino, Meerschweinchen und Kaninchen, per os zusammen mit Kleie oder Affen als Getränk verabreicht, dieselbe Intoxikation wie die Kieselsäure verursacht haben. 4. Daß die Fütterung der mit Kieselsäure behandelten Tiere mit Maismehl und Gras keine Erschwerung der Intoxikation zur Folge gehabt hat, woraus zu schließen ist, daß der Mais keinen vergiftenden Gehalt an Kieselsäure hat und auf keinem sonstigen Wege eine Giftwirkung entfaltet. 5. Daß die Kieselsäure eine Retention von Salzen herbeiführt, die eine übermäßige Bindung von Salzen an die Gewebe und ein darauffolgendes ebenfalls übermäßiges Freiwerden von Mineralsäuren bewirkt, welche letztere pathogen wirken. Bei der Intoxikation wirkt die Kieselsäure somit indirekt. 6. Daß die Effekte einer solchen Intoxikation durch intramuskuläre oder hypodermatische Einspritzungen von Natriumzitrat beseitigt werden können, das alkalisierend wirkt. 7. Daß das Krankheitsbild der experimentellen Kieselvergiftung resp. Kieselazidose mehr oder minder identisch mit denjenigen der menschlichen Pellagra ist. Kurz, Alessandrini und Scala sind der Ansicht, daß die Pellagra eine Azidose, d. h. die Folge einer chronischen Intoxikation sei, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in dem Trinkwasser ist, von dem in den Pellagragegenden Gebrauch gemacht wird. Den chemischen Prozeß, durch den das Trinkwasser pellagrogen werden soll, erklären sie folgendermaßen: „Der Ton ist die erste Ursache der Krankheit, da das Regenwasser sowohl in den oberflächlichen als in den tiefen Schichten durch die Reaktion mit demselben (Ton ist ein Aluminiumsilikat) eine Hydrolyse hervorruft, wodurch Kieselsäure und Aluminiumhydrat entsteht. Durch die Art, wie die Hydrolyse vor sich geht, können beide in Kolloidalgestalt ins Wasser übergehen. Es ist bekannt, daß zwischen Kolloidalsiliziumdioxyd und Aluminiumoxyd ein Zusammenhang besteht, und daß sie sich gegenseitig niederschlagen, so daß im Wasser nur der Überschuß Siliziumdioxyd bleibt, der notwendig ist, um das Aluminiumoxyd niederzuschlagen. Die kolloidale Verbindung Siliziumdioxyd-Aluminiumoxyd, die nicht mit Aluminiumsilikat zu verwechseln ist, bildet ein Depot und bleibt zum Teil suspendiert. Dies ist dann die Ursache der dauernden Trübung, die man so häufig bei von Pellagrakranken getrunkenem Wasser beobachtet.“ Von dieser Auffassung der Ätiologie der Pellagra ausgehend, haben die genannten Verfasser eine Anzahl von Pellagrakranken mit täglichen Einspritzungen von Trinatriumzitratlösung (5 und 10%) behandelt, ohne ihre Lebens- und Ernährungsweise abzuändern, und behaupten, günstige Resultate erzielt zu haben. K. Rühl-Turin.

Die Ätiologie der Pellagra, von Aldo Perroncito-Pavia. (Sperimentale, 1913.) Verfasser gibt ein ausführliches, für den italienischen Pathologentag bestimmtes Referat über die Hypothesen bezüglich der Ätiologie der Pellagra. Zu kurzem Referate sind die Ausführungen nicht geeignet. Am Schlusse zieht Verfasser das Fazit, daß die eigentliche Ursache der Pellagra noch immer so unbekannt ist wie früher. Das eine geht nur mit Sicherheit aus allem hervor, daß ausschließliche Maisnahrung und Armut eine wichtige Rolle in der Pellagraätiologie spielen. Da erstere aber eine Folge der

Digitized by Google

letzteren ist, so erhellt daraus, daß die Pellagra auch mit der Armut aus der Welt schwinden wird. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Ätiologie der Pellagra, von D. Carbone und F. Cazzamalli. (Riv. sperim. di Freniatria, Bd. 39, Nr. 1.) Dunkle Ratten (Mus decumanus) können während längerer Zeit (mehr als $4^1/_2$ Monate) ausschließlich mit gesunder Polenta gefüttert und unter dem direkten Einfluß des Tageslichtes und der Sonnenstrahlen gehalten werden, ohne daß irgend welche allgemeine Störungen, noch irgend welche Alterationen der Haut resp. der Haare auftreten. Die Ratten, die mit Polenta gefüttert wurden, die aus mit Penizillum infiziertem Maismehl hergestellt wurde, starben nach 23 Tagen und zeigten deutliche Alterationen der Haut, der Haare, des Darmes, der Leber und der Milz. K. Rühl-Turin.

Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Pellagra, von D. Cesa-Bianchi-Mailand. (La Clinica m. Italiana, 1914, Bd. 53, Nr. 2.) Alle bisher auf dem immunitären Gebiete ausgeführten Untersuchungen haben keinen Beweis für die Existenz von spezifischen Beziehungen zwischen Mais und Pellagra liefern können. Der Nachweis von spezifischen Antikörpern im Blutserum der Pellagrakranken (Hämolysine, Präzipitine, komplementbindende Substanzen) soll bisher nicht gelungen sein. Die auf anaphylaktischem Gebiete ausgeführten Recherchen über die Pellagraätiologie sollen ebenfalls bisher keine positiven Resultate erbracht haben.
K. Rühl-Turin.

Zwei Fälle von Addisonschem Syndrom bei Pellagrösen, von Giovanni Bertelli. (Morgagni, März 1914.) Verfasser beschreibt eingehend eine Frau und einen Mann mit typischen Addison-Symptomen: Asthenie, nervöse Störungen (Parästhesien, Unruhe), Pigmentation der Haut, beim Manne auch der Schleimhaut, Blutdrucksenkung. Beide waren pellagrös, doch hatten sie nicht die klassische, sondern eine milde hereditäre Form, die sich nur in periodischen Schwächezuständen und in flüchtigen Erythemen äußerte. Bei der Untersuchung fand sich kein Symptom von Pellagra; sie wurde nur in der Aszendenz und bei Geschwistern festgestellt. Verfasser ist der Ansicht, daß die Pellagra bei den beiden Patienten in ursächlichem Zusammenhang mit dem Addisonschen Symptomenkomplexe steht; sei es daß ein hypothetisches Virus der Pellagra das chromaffine System befallen habe, sei es daß diese eine Atrophie der Organe bewirkt habe. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra mit Addisonschem Symptomenkomplex, von G. Rubinato. (Morgagni, 16. Mai 1914.) Verfasser fand bei einigen Pellagrösen außer den Störungen des Verdauungstraktes, des Nervensystems und der Haut noch eine große alllgemeine Schwäche und eine dunkelbraune Verfärbung der Haut. Er glaubt, daß diese Symptome durch Alteration des endokrino-sympathischen Systems bedingt sind. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Fälle von Pellagra mit Addisonschem Symptomenkomplex, von G. Rubinato-Treviso. (Riv. crit. di Clin. m., 1914, Nr. 5.) Beschreibung von drei Fällen; zwei heilten, der dritte kam zur Obduktion. Aus der Nekroskopis ergab sich: ausgebreitete aber nicht intensive Läsionen der zerebralen und zerebellaren Rinde; schwere Alterationen der intervertebralen Ganglien und besonders derjenigen des zervikalen und abdominalen Sympathikus. Die Nebennieren waren sowohl in der Mark- wie in der Rindenzone alteriert, jedoch nicht in beträchtlichem Grade. Verfasser erklärt die Hautläsionen der Pellagrösen im allgemeinen durch die Läsionen des Sympathikus und der internsekretorischen Drüsen. K. Rühl-Turin.

Die Schilddrüse bei Pellagra, von C. F. Beeson-Roswell. (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914.) Folgender Fall wird vom Verfasser als eine Bestätigung der Beziehungen zwischen Pellagra und Störungen der Schilddrüsenfunktion gedeutet: eine

Digitized by Google

45jährige, früher gesunde, verheiratete Frau klagte seit Jahresfrist über häufige Diarrhöen, Schwindel, Anschwellung des Halses und pellagraartige Läsionen an den Handrücken. Unter guter Hygiene und Verabreichung von Jod und Arsenik nahm sowohl die Handaffektion als auch die recht deutliche Schwellung der Schilddrüse ab, doch rezidivierten beide Affektionen gleichzeitig und sind zur Zeit beide zugleich auch vergangen. Von anderer Seite ist mehrfach der Kropf als die häufigste Begleiterscheinung der Pellagra erwähnt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Maiskost bei Gesunden und bei Pellagrakranken, von P. Albertoni und P. Tullio-Bologna. (Boll. R. Accad. d. Scienze di Bologna, Januar 1914.) Die Stickstoffbilanz kann zwar bei Gesunden auch durch Polenta gedeckt werden, es tritt aber leicht ein Defizit ein, ebenso wie eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten im allgemeinen eintritt. Die Verluste durch die Fäzes sind enorm. Aus vergleichenden Untersuchungen bei Gesunden und Pellagrösen ergab sich, daß die alimentäre Insuffizienz des Maises nicht auf seinem Gesamtgehalt an Stickstoff beruht; der Mais ist nicht ein aplastisches Nährmittel in absolutem Sinne; die Insuffizienz hängt mit der Zusammensetzung der Proteinstoffe oder mit dem Fehlen anderer unbekannter Stoffe zusammen. Chemische Untersuchungen haben gezeigt, daß im Zein des Maises gewisse Gruppen (z. B. die Tryptofangruppe) fehlen, die für das Leben des Menschen notwendig sind. K. Rühl-Turin.

Weiteres über die Überempfindlichkeit der Pellagrakranken für die Maisextrakte, von G. Volpino-Turin. (Clinica m. Italiana. 1914.) Verfasser verficht seine Lehre über die Ätiologie der Pellagra gegenüber Cesa-Bianchi, der die Überempfindlichkeit der Pellagrösen für Maisextrakte in Abrede stellte. K. Rühl-Turin.

Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gegen Blutserum Pellagröser, von Pietro Rondoni. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 6, 1914, 1—3.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Zeinolytische Fermente im Blut Pellagrakranker, von J. J. Nitzesco. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 17.) Im Blut Pellagrakranker sind mit der Abderhaldenschen Methode zeinolytische Fermente, die sich bei Gesunden nicht finden, nachweisbar. Sie entstehen durch das Übertreten von Maisalbumin aus dem in der Regel geschädigten Verdauungstrakt ins Blut und bleiben lange darin erhalten. W. Lutz-Basel.

Isolysine und antitryptisches Vermögen des Blutserums der Pellagrakranken, von L. Delisi. (Riv. di Patol. nervosa e mentale, Bd. 18, Nr. 7.) Es besteht ein gewisses Verhältnis zwischen den Schwankungen des pellagrösen Krankheitsprozesses einerseits und dem Auftreten und Verschwinden des isolytischen Vermögens und dem Steigen und Sinken des antitryptischen Vermögens andererseits. Man kann im allgemeinen annehmen, daß, wenn die Isolyse vorhanden ist, das antitryptische Vermögen ein hohes ist; daß dieses nach dem Verschwinden der Isolyse noch hoch sein kann, aber jedoch nicht mehr so hoch wie bei vorhandener Isolyse ist; daß das Eintreten der Isolyse und das starke Ansteigen des antitryptischen Vermögens dem intensivsten Ausbruch der Pellegrasymptome (Haut-, Darm-, Nervensystem) entsprechen. K. Rühl-Turin.

Die Abderhaldensche Reaktion bei Pellagrakranken und bei Patienten mit Magendarmstörungen, von V. Babes und H. Jonesco. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 22.) Zeinolytische Fermente im Blut sind nicht spezifisch für Pellagra; sie finden sich auch bei Leuten, die Mais genießen und an einer Magendarmstörung leiden, beweisen also nur, daß die Darmwand für Maisulbumin durchgängig ist, wie zugleich vielleicht auch für andere Stoffe, die bei Antointoxikationen eine Rolle spielen.
W. Lutz-Basel.

Digitized by Google

Der diagnostische Wert des Pellagrogenin, von Guido Volpino. (Riv. pellagrol. ital., 1914, Nr. 3.) Die Zusammenstellung der Resultate verschiedener Verfasser ergibt, daß die Pellagrogeninreaktion bei eben vom Lande gekommenen Patienten mit frischer Pellagra fast konstant positiv ist. Allerdings wird ihr diagnostischer Wert durch den Umstand, daß auch 25% Nichtpellagröser positiv reagieren, eingeschränkt. Das eine aber steht fest: bei eben vom Lande gekommenen Individuen mit unsicheren Symptomen von Pellagra spricht die negative Reaktion fast absolut gegen diese Erkrankung. R. Frühwald-Leipzig.

Bedeutung und Wichtigkeit des Pleomorphismus bei der Identifizierung und Klassifizierung des Streptobacillus pellagrae, von G. Tizzoni und M. Deangelis-Bologna. (Malaria e Malatti dei paesi caldi, August 1914.) Der Streptobacillus pellagrae erfährt, in Abhängigkeit von der Zusammensetzung des Nährsubstrates, auf welchem er kultiviert wird, Modifizierungen seiner Form und Änderungen seiner biologischen Eigenschaften; er weist in seiner am höchsten entwickelten Form eine Gestalt auf, die derjenigen des unteren Hyphomyzeten ähnelt. In seinem parasitären Leben, so wie man ihn findet, wenn man ihn aus dem Blute auf gewöhnlichen Nährböden kultiviert, tritt er unter drei verschiedenen Typen auf, nämlich: Typus A in Streptokokkenform. Typus B in Bazillenform (kurze dünne Bazillen, die ihren Dimensionen nach den Influenzabazillen ähneln und in charakteristischer Weise palisadenartig angeordnet sind). Typus C in staphylokokkenartiger Anordnung. Beobachtet man junge Kulturen, so kann man sich leicht überzeugen, daß die vermutlichen Streptokokken Bazillen oder kurze Fäden sind, deren Protoplasma sich in kokkenförmige Abschnitte geteilt und streptokokkenähnliche Ketten gebildet hat. Der Typus C entspricht dem höchsten Evolutionsgrade und besitzt die geringste Fixität. Bei diesem ebenso wie bei dem Typus A kann man eine Andeutung auf die Vermehrung des Keimes durch Extroflession und Verlängerung des Protoplasmas, d. h. auf die Entwicklung aus Elementen beobachten, die größer und intensiver gefärbt als die gewöhnlichen sind, eine runde oder ovoide Form haben und von den Verfassern als Sporalkörper bezeichnet werden, weil sie ähnlich wie die Sporen zur Vermehrung und Weitererhaltung der Spezies dienen sollen, ohne alle Charaktere der Sporen zu besitzen. Die Elemente mit dem höchsten Evolutionsgrad erhält man, wenn man den Keim auf besonderen, ausschließlich aus Salzen und Kohlehydraten zusammengesetzten Nährsubstraten züchtet, auf denen er sich sehr langsam entwickelt. Auf derartigen Nährböden kann man die Vermehrung des Keimes durch Sporalkörper, die Anwesenheit von keulenförmigen Bazillen, die Bildung von wahren und echten Verzweigungen sowohl bei den kokkenartigen wie bei den bazillenförmigen Elementen, die Entstehung von langen Fäden mit in kokken- oder bazillenförmigen Segmenten geteiltem Protoplasma und schließlich die Entstehung von Fäden mit verzweigter myzeliumartiger Gestalt, die eine eigene Wand und ein Protoplasma (das bald Involutions-, d. h. Erosions-, Vakuolisierungs- und Zerstörungsprozessen anheimfällt) besitzen und in den vorgeschrittenen Stadien ein reiches Netzwerk mit sphärischen Endkörperchen bilden, deutlich beobachten. Das Fehlen von fixen Reproduktionsformen gestattet nicht eine direkte Einreihung des Keimes unter die unteren Hyphomyzeten; man kann jedoch eine Verwandtschaft mit den Aktinomyzes annehmen. Der Keim ist jedenfalls von allen übrigen Mikroorganismen deutlich zu unterscheiden.

K. Rühl-Turin.

Versuche zur Übertragung von Pellagra auf Affen, von C. H. Lavinder, E. Francis, R. M. Grimm-Washington und W. F. Lorenz-Mondsta. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Die bisherigen diesbezüglichen Versuche haben keine beweiskräftigen Resultate geliefert, und von den Versuchen, welche Verfasser bei 72 Affen, zumeist

Digitized by Google

von der Gattung Rhesus, ausführten, ergab nur ein einziger Fall Erscheinungen, welche als eine Pellagrainfektion gedeutet werden konnten. Es handelte sich dabei um einen Macacus rhesus, der zweimal eine intraspinale Injektion von Zerospinalflüssigkeit von zwei Pellagrakranken erhielt. Das Tier zeigte einige Tage nach der Einspritzung zunächst Schwellung der Haut der Vorderbeine und bald nachher Haarausfall und schuppige Rauheit dieser Partien. Nach Abstoßung der sich später entwickelnden Krusten heilte der ganze Prozeß völlig aus. Die sonst vorgenommenen sehr zahlreichen Experimente wurden mit dem verschiedenartigsten, bei Lebzeiten und bei Autopsien von Pellagrakranken gewonnenen Material ausgeführt und umfaßten 103 Einführungen von solchem Material in den Magen mittels Schlundsonden, 52 Injektionen von Flüssigkeit und 96 Injektionen von Extrakten, Emulsionen oder Suspensionen von Gewebsmassen. Die Versuche werden noch fortgesetzt. A. Philippi-Salzschlirf.

Prophylaxe und Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre, von C. Funk-London. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Verfasser führt die Entstehung der Pellagra auf den fortgesetzten Genuß von allzu gründlich entschältem und gereinigtem Mais und auch Reis zurück. Durch die modernen fabrikmäßigen Prozeduren zur Herstellung eines möglichst in die Augen stechenden Marktproduktes werde dem Mais in ganz unzweckmäßiger Weise sein Gehalt an Proteinen, Fett, Phosphor, Lipoidphosphor und Salzen entzogen. Diese Bestandteile werden als Maiskleie zur Viehfütterung verwendet, wobei allerdings sich vorzügliche Resultate ergeben. Als prophylaktische Maßregeln empfiehlt F. demgemäß in erster Linie den Gebrauch von ungeschältem Mais, um die direkt unter der Haut befindliche Aleuronzellenschicht mit den Vitaminbestandteilen mit zu genießen, und im übrigen vitaminreiche Nahrungsmittel wie Kartoffeln und sonstige frische Gemüse, Obst, Milch, sowie auch Fleischsaft, Fleisch und Fleischbrühe in nicht zu kleinen Mengen. Als Medikamente sind Hefepräparate und Lebertran zu verordnen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Pellagra, von C. Voegtlin-Washington. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Im allgemeinen ist man bei der Behandlung der Pellagra, wie V. ausführt, auf hygienische und diätetische Maßnahmen beschränkt. Von Medikamenten dürfte vielleicht Arsenik noch am meisten Wirkung entfalten, obwohl manche Beobachter dem Mittel jeglichen Wert absprechen. Verfasser neigt zu der Ansicht, daß Mängel in der Ernährungsweise, namentlich eine allzu exklusive vegetarische Diät, ätiologisch eine große Rolle spielen, und daß eine genügende Fleischzufuhr eine erste Bedingung bei der Therapie darstellt. Er hat einige Tierversuche ausgeführt, welche seine Auffassung zu stützen geeignet sind. A. Philippi-Salzschlirf.

Purpura haemorrhagica. Morbus maculosus Werlhofi, von Gilbert Parker-Burin North. (New York m. J., 18. Juli 1914.) Der Fall betraf eine 45jährige Frau, welche auf der Oberfläche der Zunge vier hämorrhagische, rundliche Herde zeigte und ständig Blut spukte, ohne daß weitere objektive Erscheinungen vorhanden waren. Weiterhin traten aber Purpuraflecken (Petechien) an Stirn, Wangen, Händen, Armen und Brust auf und zwar allmählich in ausgedehntem Maße besonders an Armen und Beinen. Auch blutiger Urin und Stuhl stellten sich ein und unter allmählicher Verschlimmerung des Allgemeinbefindens nach Verlauf von ca. 20 Tagen das tödliche Ende. Auffallend dünkte P. an dem vorliegenden Falle das Fehlen von Fieber, der plötzliche Beginn ohne Vorläufer (Prodrome). Bezüglich der Ursache konnte er gar nichts finden, was für diese rasche Blutzerstörung hätte verantwortlich gemacht werden können. Ob, wie bekannt, fettige Degeneration des Endothels, der Haut- und anderen kleinen Gefäße die alleinige Ursache ist oder nicht andere Faktoren für die Blutveränderung maßgebend sind, ist für P. eine noch offene Frage. M. Stern-München.

Digitized by Google

Ein Fall von Purpura mit Eruption hämorrhagischer Bläschen, von Ad. Hermann Lindvall-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Nr. 9, H. 1—4.) Verfasser referiert einen Fall bei einem 10jährigen Knaben von Purpura mit verminderter osmotischer Resistenz der Erythrozyten und herabgesetzter Viskosität des Blutes. Während des Verlaufes trat unter geringem Fieber ein vesikulöser Hautausschlag hervor. Das Fieber dauerte sechs Tage. Die Effloreszenzen nahmen bald ein hämorrhagisches Aussehen an, einige zeigten deutliche Dellen. Sie trockneten unter Krustenbildung ein. Neue Eruptionen erschienen auch nach Ende des Fiebers bis auf den zehnten Tag. Dann wurde eine beträchtliche relative Lymphozytose im Blut beobachtet. Die Bläschen waren mehrfächerig und erschienen ihrer Größe und Aussehen nach hämorrhagischen Varizellen ähnlich, sie waren vielleicht durch ein zufälliges Zusammentreffen von Varizellen und Purpura haemorrhagica entstanden. Eine andere Deutung wäre die, daß die Diathese, an welcher der Kranke litt, durch das Auftreten einer Herpes iris kompliziert wurde, die dann einen hämorrhagischen Charakter annahm. W. Chrzelitzer-Posen.

Experimentelle Purpura, von J. C. G. Ledingham und S. P. Bedson. (Lanc., 13. Febr. 1915.) Wenn Meerschweinchen mit Serum von Kaninchen, die gegen Meerschweinchenblutplättchen immunisiert waren, injiziert wurden, wurde eine universelle Purpura beobachtet; gleichzeitig zeigte sich eine starke Abnahme in der Zahl der Blutplättchen. Außerdem hatte das Immunserum hämolytische Eigenschaften. Auch Kaninchen und Ratten bekamen bei denselben Versuchsbedingungen große Purpuraexantheme. H. Boas-Kopenhagen.

Ein Fall von intestinalem Fieber mit Purpura kompliziert, von P. Bruce. (Lanc., 26. Sept. 1914.) Der Titel gibt das Wesentliche an. H. Boas-Kopenhagen.

Ein Fall von septikämischer Purpura, von A. W. Brodribb-Hastings. (Lanc., 20. Juni 1914.) Die 13jährige Kranke kam mit einem ausgedehnten Purpuraausschlag nach kaum dreiwöchigem gelindem Unwohlsein zur Aufnahme. Sie war zum ersten Male vom Arzt 56 Stunden zuvor in seiner Sprechstunde, wohin sie sich zu Fuß begeben hatte, gesehen worden. Bald nach der Aufnahme im Krankenhaus stellte sich Atemnot ein. Man führte die Tracheotomie aus, welche wegen der starken Blutung ziemlich erhebliche Schwierigkeiten machte, aber es erfolgte nach wenigen Stunden der Tod. Die Autopsie ergab einen recht umfangreichen Gehirnabszeß. Im Blute wurde ein sehr virulenter Streptokokkus nachgewiesen. A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern, von E. Brinitzer-Altona. (M. Kl., 1915, Nr. 17.) Verfasser glaubt, daß man die Zahl der Geschlechtskranken infolge der vielfachen Überweisungen, der Rückfälle und anderer Momente erst lange nach dem Friedensschlusse wird feststellen können. Im Kriege 1870/71 betrug die Zahl 44,3 : 1000 und ist in den Friedensjahren auf 19,4 : 1000 zurückgegangen; ein Resultat, das der Verfasser als die Folge der zweijährigen Dienstzeit, des verminderten Alkoholgenusses, der besseren ärztlichen Überwachung und der Prophylaxe auffaßt; wir haben damit wesentlich bessere Verhältnisse als unsere Feinde (Frankreich 27,8, Rußland 57 und England 72 : 1000). Brinitzer glaubt, daß die Kriegszeit in vieler Hinsicht besser geeignet sei als der Frieden für eine gründliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Es läßt sich eine klinisch stationäre Behandlung besser durchführen, weil im Frieden wegen der Arbeitseinstellung die nötige Ruhe, die für die Heilung der in Betracht kommenden venerischen Erkrankungen eine Vorbedingung ist,

Digitized by Google

selten zu erreichen sei. Auch die Kostenfrage, die besonders für die Salvarsanbehandlung und die WR oft ausschlaggebend sei, käme im Kriege nicht so sehr in Betracht. Erworben wird, nach der Statistik des Verfassers, die Krankheit meist in der Garnison oder von Hause mitgebracht. Von 750 Patienten hatten sich 13% in Bordellen, 27% bei öffentlichen Dirnen und 60% gelegentlich „bei Verhältnissen" infiziert. Ein Haupterfordernis aber für die Heilung der Geschlechtskranken wäre ihre sofortige Unterbringung in Spezialabteilungen. Durch die Zuteilung dieser Kranken in kleine Lazarette, das oft nötige Überweisen von dort in andere und durch den Transport wird viel Zeit verloren, die in vielen Fällen von Blennorrhoe und Lues kaum wieder einzuholen ist. Für viele Dermatosen (Psoriasis, Lichen ruber, Alopecia areata usw.) ist eine Behandlung im Kriege nur nötig bei besonders intensiven, lokalen Erscheinungen; sonst können diese Patienten als dienstfähig bezeichnet werden; sollte aber eine Behandlung notwendig sein, so ist das nur in Spezialabteilungen möglich. Verfasser fand unter den mit der Diagnose „Blennorrhoe" ihm überwiesenen Fällen in 10% nur einfache Saprophyten und konnte diese Patienten nach drei Tagen entlassen. Viele harmlose Urethritisfälle, die durch die Anstrengungen exazerbiert waren, konnten schnell entlassen werden, weil die Harmlosigkeit des Leidens den Dienst erlaubte, und man andrerseits nicht hoffen konnte, die Patienten in absehbarer Zeit so radikal zu heilen, daß erneute Anstrengungen nicht zu neuer Verschlimmerung führen würden. Fälle von sexueller Neurasthenie und Klagen über Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen usw. bei neuropathischen Individuen konnten schnell als garnisondienstfähig erklärt werden. Alle dazu nötigen, genauen Untersuchungen und Feststellungen sind fast nur auf Spezialabteilungen durchführbar. Der Verfasser berichtet dann über sein therapeutisches Vorgehen bei Blennorrhoe, besonders mit Epididymitis, Blasentenesmus (zweimal täglich $^1/_2$ mg Atropin sulfur. in Pillen), bei Ulcera mollia, bei denen sich ihm neben dem Jodoform besonders Natr. sozojodolicum bewährt hat. Bei der Syphilis, bei der der Verfasser meint, daß er in ihrem Verlaufe keine auf den Krieg zurückzuführenden Abnormitäten beobachten konnte, gab Brinitzer meist dreimal Neosalvarsan Dosis III in zehntägigen Intervallen und 10—12 Injektionen von Hg salizyl. oder Kalomel (0,1—0,05). Vom Oleum cinereum wurde wegen der bei diesem Präparate besonders schwierigen Mundpflege Abstand genommen. Von den Dermatosen kam besonders Skabies in Betracht. Die bisher getroffenen Maßnahmen zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten (Verbot der Besuche öffentlicher Häuser) billigt der Verfasser. Er verspricht sich aber mehr von der Instruktion über prophylaktische Maßnahmen; vor allen Dingen ist es die wichtigste, daß den Soldaten immer wieder eingeschärft wird, daß sie sofort einen Arzt aufzusuchen haben.

O. Lasch-Breslau.

Zur Behandlung der „Kriegsdermatosen", von C. Bruck. (M. m. W., 1915, Nr. 19.) Zu den durch die Verhältnisse des Krieges zu größerer Verbreitung gelangenden Dermatosen gehören u. a. die Skabies, die durch Pedikuli erzeugte Dermatitis und die Pityriasis rosea. Das Auftreten der letzteren Affektion konnte Verfasser fast stets mit dem Tragen von neuer Wollwäsche in Verbindung bringen. Psoriasis hat B. in ausgedehnterem Maße nur zweimal unter vielen Tausenden von Verwundeten angetroffen. Als wahre Kriegsdermatosen sind dagegen die Staphylodermien zu bezeichnen: Furunkulose, Follikulitis, Impetigo Bockhart, impetiginöses Ekzem (besonders des Kopfes) und Erytheme kamen fast täglich zur Behandlung. Gegen alle diese Affektionen erwies sich das von A. v. Wassermann angegebene Histopin, das in indifferenter Salbengrundlage einen sterilen Extrakt von pathogenen Staphylokokken enthält, als ein wahres Spezifikum. Man reibt unter sanftem Druck diese Salbe täglich ein- oder zweimal auf die erkrankte Stelle und ihre Umgebung ein und bedeckt dann mit einem Schutzverband,

Digitized by Google

etwa einem Stück Köper, das mit Mastisol festgemacht wird. Bei allzu ausgedehnten Staphylodermien hat Verfasser auch das von F. v. Henos angegebene Pelliform, eine Tetrachlorkohlenstoff-Seifenlösung, in Form von Abwaschungen sehr erfolgreich angewandt. A. Philippi-Salzschlirf.

Erfahrungen des Feldlazaretts 6 des VI. Armeekorps, von Paul Kayser. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) Zur Hautdesinfektion verwendet K. ausschließlich Jodtinktur in der von der Heeresverwaltung vorgesehenen Form (frisch bereitet aus 10 g Jod, 2,5 Jodkalium auf 100 Spiritus). Für sehr wichtig hält K. — soweit die Zeit es erlaubt — das trockene Rasieren der Wundumgebung. Bei Schädelschüssen wurde nicht nur die Wundumgebung rasiert, sondern der ganze Schädel auf 1 mm mit der Maschine geschoren. Ein allgemeines Haarschurgebot für die Feldarmee wäre seines Erachtens eine gute Neuerung. In der Desinfektionsfrage der eigenen Hand hält K. die Abstinenz der Hand vom Eiter für das Wichtigste, also die Vornahme aller Verbandwechsel nur unter dem Schutze der Gummihandschuhe. Zum Waschen der Hand benutzt er ausschließlich Spiritus nach voraufgegangener „bürgerlicher Reinigung der Hand". Über die Hand kommt der trockene, gut gepuderte Handschuh, der im Feldsterilisiergerät keimfrei gemacht ist. Bei aller Anerkennung der keimarretierenden Eigenschaft des Mastisols hält K. doch die Klebekraft dieses Mittels für das Wichtigere. Kein anderer Verband sitzt so unverrückbar, kein Mittel verhütet daher so sicher die Sekundärinfektion wie das Mastisol. Alle schweren und in kontinuierlichem Zusammenhange mit der Verletzung beobachteten Infektionen sind primäre, d. h. durch das Geschoß und die von ihm mitgeführten Keime bedingt. Der Charakter der Infektion bei der Phlegmone scheint nicht bösartiger zu sein wie bei Friedensverletzungen, mit Ausnahme der Gasphlegmone. K. sah sie nur bei Verletzungen durch Fliegerbombe und Granate und nur an Stellen, wo eine dicke Muskulatur den Boden gab für ihre bekanntlich nur anaerob gedeihenden Erreger. Die Wunden zeigen oft sehr früh eine eigenartig graue Verfärbung, die Haut oberhalb der tiefen Phlegmone ist mißfarbig bräunlich. E. Brinitzer-Altona.

Das Pflegeheim für erbsyphilitische Kinder, „Veslehjemmet", zweiter Jahresbericht, von K. Groen. (Tidskrift f. d. norske Laegeforening, 1915, Nr. 8.) Das Pflegeheim, das durch die Initiative des Verfassers entstanden ist, wurde Juli 1912 eröffnet. Am 30. Juni 1914 hatte es einen Bestand von 18 Kindern. Während dieser Zeit hat es den Beweis geliefert, wie notwendig ein solches Heim war. Der Aufsatz enthält außerdem eine Übersicht über die Behandlung und den Zustand der Kinder, nebst Betrachtungen über Pflegeheime überhaupt. W. Holland-Christiania.

Verschiedenes.

Dr. William Craw Gill, Demonstrator für Dermatologie an der Western Reserve University in Cleveland, O., wurde zum konsultierenden Dermatologen des Lakeside Hospital gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Richard Volk-Wien ist als Regimentsarzt im k. u. k. Garnisonsspital in Przemyśl tätig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. September 1915 | Nr. 39 | Band 61

Paul Ehrlich †.

Am 20. August gingen die Flaggen in dem erdumspannenden, keine nationalen Grenzen kennenden Dominium des Geistes halbstock. Paul Ehrlich tot! Selbst der erbittertste und zäheste Gegner deutscher Weltherrschaft mußte sich beugen vor dem Kämpfer, welcher in höchstem Sinne die medizinische Kulturarbeit Deutschlands verkörperte, vor der nun entschwundenen Geistespracht dieses praeceptor mundi.

Wenn das heilige Zeichen des Roten Kreuzes noch irgend welche Bedeutung im Verkehr der Nationen besitzt, wenn — wie wir hoffen — in ihm verankert bleiben die letzten Reste und Fäden gegenseitigen Verstehens der rasenden Völker, dann werden neue, gemeinsame Aufgaben zuerst erstehen aus dem mit eiserner Energie betriebenen methodischen Denken solcher Forscher wie Ehrlich, die nur das eine unverrückbare Ziel vor Augen haben: heilen.

Das war die Losung von des neuen König Artus' Tafelrunde, von Robert Koch und seinen Getreuen. Dem Gewaltigen waren als machtvollste Helfer an die Seite getreten v. Behring und Ehrlich.

Histologie, Klinik und Pathologie des Blutes, erforscht nach neu ersonnenen Färbemethoden, theoretischer Ausbau der Lehre von der Immunität, Chemotherapie, experimentelle Karzinomforschung: nur einige Meilensteine auf der unwegsamen, einsamen Bahn des sieghaft ins Dunkle vordringenden Biologen.

Der Überlebende der drei ganz Großen sprach am Sarge davon, wie sehr die Abwehr von Angriffen auf sein Forschungsgebiet die Körperkraft Ehrlichs erschüttert habe. Althoff, solches erkennend, habe ihm alle Steine des Anstoßes bei seiner Forschertätigkeit aus dem Wege geräumt. Wir hören

Digitized by Google

das gern. Eine spätere Zeit wird allerdings kaum verstehen, weshalb um den jüngeren Ehrlich die Universitäten sich nicht rissen, während zu dessen Frankfurter Arbeitsräumen die Ordinarien pilgerten, um mit neuen Ideen bereichert in die eigene Werkstatt heimzukehren. Unnahbar wurde Ehrlich trotzdem nicht. Gütig blieb bis zuletzt seine Art sich mitzuteilen, anderen von dem Reichtum seines Geistes abzugeben. Seinen Anregungen verdanken viele ihre ganze Lebensarbeit, und Jahrhunderte werden noch die Früchte aus den Samenkörnern sehen und pflegen, die er ausstreute.

Die Zukunft der Frankfurter Universität kann der Manen eines Weigert, eines Ehrlich nicht entraten. Noch wirkt Edinger in ungebrochener Kraft. Drei Namen wie ein Menetekel und eine ernste Mahnung, dafür zu sorgen, daß nach dem kommenden Frieden von unseren Universitäten auch weiterhin ferngehalten werden alle unsachlichen und unethischen, streberischen und wissenschaftsfremden, vergänglichen Tendenzen des Tages.

Die Dermatologische Wochenschrift trauert um den glänzendsten ihrer Mitarbeiter. D.

Aus der dermosyphilopatischen Klinik der K. Universität Parma
(Leiter: Prof. M. Pelagatti).

Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bezüglich ihrer Wirkung bei experimenteller Syphilis.

Von

Dr. Mario Copelli, Oberarzt.

Das von Ehrlich als das 914. seiner arsenikhaltigen Präparate bezeichnete Salvarsan wurde von ihm zunächst bei der experimentellen Trypanosomiase verwendet, und da es bei dieser Krankheitsform eine größere Wirksamkeit als Salvarsan gezeigt hatte, auch in die Syphilistherapie eingeführt. Wegen seiner geringeren Toxizität und leichteren Einverleibung fand das Präparat sofort eine weitgehende Anwendung, so daß es heutzutage — namentlich in Frankreich und Italien — als Ersatz für das alte Salvarsan benutzt wird. Allein trotz der nach bereits dreijähriger fleißiger Heranziehung des Mittels gewonnenen klinischen Erfahrung ist es noch nicht möglich geworden, festzustellen, ob das Neosalvarsan es tatsächlich verdiene, das Salvarsan in der Syphilistherapie zu ersetzen, und zwar nicht nur wegen seiner schwächeren Toxizität

Digitized by Google

und leichteren Einverleibung, sondern auch im Hinblick auf seine therapeutische Wirksamkeit.

So sind manche der Ansicht gewesen, „914" sei wirksamer als „606", sei es wegen der Möglichkeit, stärkere Dosen desselben zu injizieren, sei es wegen der größeren Leichtigkeit, womit es die Gewebe innig durchdringt, sei es endlich wegen der stärkeren spezifischen Beeinflussung der Spirochäta. Von den Verfassern mögen hier in dieser Hinsicht erwähnt werden: Emery, Henck, Queyrat, De Azua, Dreyfus, Bouttièr, Donagh, Hudelo, Montlaur, Huys, Bodbacan, Jacque, Rauvière, Bayet, Jordan, Bernheim, Odstreil, Fabry, Simon, Schreiber, Meutberger, Watanabe, Saolowjew.

Andere Verfasser haben hingegen das „914" für minder wirksam gehalten als das „606"; unter diesen: Kale, Gennerich, Neisser, Malcolm Morris, Mac Cornac, Wolff und Mulzer, Sellei, Malinowski, Odstreil, Wahle, Dreyfus, Fox, Krefting, Mayer.

Nach anderen schließlich soll die therapeutische Wirksamkeit des einen Präparats eine ebenso große sein wie die des anderen, vorausgesetzt, daß gleiche Gewichtsmengen Arsenik hierzu verwendet werden. (Marschalko, Carle, Jacque, Sommer, Lemeland, Levy Burg, Verrotti, Gutmann, Greco, Brisson, Wechselmann, Grünfeld, Stühmer, Mc Intosh, Fildes, Parker, Wolbarst, Almkvist, Rasch, Kall, Grünberg, Kerl, Leredde, Botey, Whitehouse, C. Schuyler, Freund, Isaac, Sodmann, Van Riempst, Corlett.)

Wie man sieht, sehr verschiedene und voneinander stark abweichende Anschauungen.

Solche Meinungsverschiedenheiten dürften meinem Dafürhalten nach in den verschiedenen Annahmen, die mit Rücksicht auf die klinischen Erfahrungen zulässig erscheinen, ihre Erklärung finden. Eine mehr haltbare und genauere Anschauung war eher von der Anwendung des Mittels bei streng miteinander vergleichbaren luetischen Läsionen zu erwarten, wie eben jene bei experimenteller Syphilis vorkommenden. Derartige Untersuchungen sind aber meines Wissens bisher noch nicht angestellt worden, weshalb ich mich in vorliegender Mitteilung gerade mit solchen befassen will.

Da es nun mein Wunsch war, neben den Ergebnissen des in bezug auf die antiluetische Wirksamkeit zwischen den beiden Präparaten angestellten Vergleiches auch jene bei Kontrolle der klassischen Versuche Hatas über das „606" erzielten kennen zu lernen, so beschloß ich, mir den von Hata bei seinen Untersuchungen angewandten Spirochätenstamm zu verschaffen. Die Erfüllung dieses Wunsches wurde mir durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. Truffi, dem ich hier meinen besten

Digitized by Google

Dank ausspreche, möglich gemacht. Prof. TRUFFI schickte mir — wie er dies bereits 1909 auch HATA gegenüber getan hatte — den von ihm für Kaninchen hergestellten Stamm, dessen Beständigkeit durch Serumübergänge in diese letzteren erzielt worden war.

Bevor ich jedoch meine Untersuchungen über die vergleichende Wirksamkeit der beiden Präparate in Angriff nahm, hielt ich es vor allem für zweckmäßig, die eventuellen Veränderungen zu ermitteln, die das TRUFFIsche Virus bei seinen äußerst zahlreichen, in den letzten Jahren bewerkstelligten Übergängen von einem Kaninchen ins andere möglicherweise erfahren hatte.

Zu diesem Behufe habe ich zur Kontrolle sechs nichtbehandelte Kaninchen gewählt, an denen ich bis zu ihrem Tode die Ausbildung der experimentellen Syphilis verfolgen konnte. Bei allen sechs Tieren entwickelte sich die Infektion mit den gleichen Merkmalen und dem gleichen Verlauf, so daß das Protokoll jedes einzelnen auch jenes aller übrigen in sich faßt.

Für die Beschreibung werde ich daher das Protokoll nur eines derselben, und zwar von Kaninchen V, hier mitteilen.

Kaninchen V. Körpergewicht 3 kg.

1. Februar 1914. Es werden links beide Skrotalsäcke inokuliert. Man bekommt links ein hanfkorngroßes Knötchen. Rechts eine erbsengroße Eiteransammlung: dieselbe wird entleert.

28. Februar 1914. Beiderseits ein erbsengroßes Initialsyphilom, positive Spirochäten. (Rechts ist das Syphilom ulzerös geworden, links hingegen ist dasselbe mit noch unversehrten Geweben überzogen.)

10. März 1914. Die Syphilome sind wie Bohnen, am

20. März 1914 wie kleine Haselnüsse groß geworden.

30. März 1914. Links hat das Syphilom die Größe einer Haselnuß erreicht und auch die Gestalt einer solchen angenommen. Rechts ein Syphilom, halb so groß wie eine Nuß, mit einer dicken, trockenen Kruste überzogen.

15. April 1914. Links unverändert. Rechts hat das Syphilom an Flächenausdehnung gewonnen.

30. April 1914. Links ist das Syphilom infolge Nekrose der darüberliegenden Gewebe ulzerös geworden. Rechts unverändert.

15. Mai 1914. Links ist das Syphilom in bezug auf Flächenausdehnung zwar unverändert geblieben, hat aber dafür an Tiefe zugenommen und hierbei den Hoden ergriffen. Rechts ist ein tiefer Spalt entstanden, der das Syphilom in zwei Hälften geteilt hat.

30. Mai 1914. Unverändert.

15. Juni 1914. Hodensyphilom links wallnußgroß; das Skrotalsyphilom unverändert. Rechts unverändert.

30. Juni 1914. Links geht das Skrotalsyphilom allmählich zurück; dasselbe hat nun ein nekrotisches Aussehen; das Hodensyphilom ist unverändert geblieben. Rechts ist die eine Hälfte des Syphiloms im Rückgang begriffen, die andere hat ein speckartiges Aussehen angenommen.

Digitized by Google

15. Juli 1914. Der Rückgang macht sich bei allen Manifestationen bemerkbar; auch die Orchitis ist rückgängig geworden; hierbei auch fleckenartig verteilte Alopezie, schorfige Läsionen an Schnauze und Pfoten, Rhagaden an der Nase; das Tier wiegt 2 kg, ist mager und niedergeschlagen.

10. August 1914. Keine neue Erscheinung. Das Tier kommt bis zu seinem Tode immer mehr herab; Körpergewicht 1,7 kg.

Neben diesem als Kontrolle dienenden Kaninchen habe ich noch zahlreiche andere (über 200) inokuliert. Ich habe dieselben sowohl zu den weiter unten mitzuteilenden, als auch zu noch anderen umfangreicheren, in unserem Institut noch in Gang befindlichen chemotherapeutischen Untersuchungen benutzt. Mit Hilfe dieses reichlichen Materials ist es mir möglich gewesen, eine ziemlich genaue Vorstellung von den Variationen dieses durch Anwendung des Truffischen Virus erhaltenen Typus von experimenteller Syphilis zu gewinnen.

Dabei habe ich auch konstatiert, daß bei diesen mehrjährigen Serumübergängen die Anpassung des Virus an das Kaninchen eine um so bessere und vollständigere geworden ist. So habe ich bei ungefähr 86% der mit Skrotalinokulation behandelten Fälle ein positives Resultat erzielt; bei ungefähr 70% derselben eine rasche Entwicklung des Syphiloms sowie die Entstehung von floriden Syphilomen hervorgerufen. Oftmals habe ich auch wahrhaft riesige Syphilome erzielen können. In den meisten Fällen ist das Syphilom erst 15—20 Tage nach der Inokulation deutlich hervorgetreten, worauf es ziemlich rasch anwuchs und nach 40—80 Tagen eine bedeutende Entwicklungsstufe erreichte; durch 2—3 Monate blieb es dann stationär, ohne irgend welche Neigung zu einem Rückgang an den Tag zu legen, vielmehr gewann es häufig an Tiefe und ergriff hierbei auch den Hoden. Die Tiere gingen im allgemeinen nach 4—6 Monaten an konstitutioneller Syphilis, an Kachexie oder an interkurrenten Krankheiten zugrunde.

Das von mir ausschließlich angewandte Inokulationsverfahren ist jenes der Skrotalinokulation gewesen. Ich halte es für überflüssig — nach all dem, was darüber bereits gesagt und geschrieben worden — darauf näher einzugehen und will mich daher lediglich auf die Bemerkung beschränken, daß ich mich für die Inokulationen stets erwachsener, gesunder, wohlgenährter, mindestens 2,5 kg wiegender Kaninchen bedient habe, und daß zu den therapeutischen Versuchen nur solche benutzt wurden, die eine floride Entwicklung des Syphiloms aufwiesen; dieselben wurden ungefähr 50—70 Tage nach der Inokulation dem Heilverfahren unterzogen.

Diesen Kaninchen, in zwei Serien von je zehn geteilt, wurde Salvarsan und Neosalvarsan in progressiven Dosen endovenös injiziert.

In nachstehender Tabelle finden sich zunächst die einzelnen Ver-

Digitized by Google

suche sowie die Endresultate der Reihe nach schematisch angegeben; die Nummern der einzelnen Kaninchen, bei denen das experimentell erzeugte Syphilom unter dem Einfluß des Medikaments zu vollständiger Heilung gelangte, ist mit stärkerer Druckschrift gekennzeichnet.

Dose pro kg Körpergewicht in Zentigramm des injizierten 606	Kaninchen N.	Dose pro kg Körpergewicht in Zentigramm des injizierten 914	Kaninchen N.
0,60	VIII	0,90	XVIII
0,80	IX	1,20	XIX
1,—	X—XI	1,50	XX
1,20	**XII—XIII**	1,80	XXI—XXII
1,50	**XIV**	2,25	**XXIII—XXIV**
2,—	**XV**	3,—	**XXV**
3,—	**XVI**	4,5	**XXVI**
4,—	**XVII**	6,—	**XXVII**

Es sei hier zunächst auf die Ergebnisse hingewiesen, welche sich auf die Intensität der Einwirkung der beiden Präparate beziehen. Dieselbe findet natürlich in der Minimaldose, die stets zur vollständigen Heilung des experimentellen Syphiloms geführt hat, ihren Ausdruck.

Wie man bereits weiter oben gesehen, beträgt eine solche minimale Heildose pro kg Körpergewicht

1,20 cg für Salvarsan,
2,25 „ „ Neosalvarsan.

Aus dem Vergleich obiger Zahlwerte ergibt sich, daß bei experimenteller Syphilis Salvarsan sich als nahezu zweimal so wirksam erwiesen hat, als Neosalvarsan.

Wir wollen nun das in Betracht ziehen, was hier als das Wesentliche erscheint, nämlich den Arsenikgehalt der beiden Präparate, der eben den wirksamen Bestandteil dieser letzteren ausmachen soll.

Da die Arsenikgehalte von 606 und 914 sich zueinander verhalten wie 2 : 3, so wird die als therapeutische Minimaldose für Salvarsan angenommene Gewichtsmenge (2,25 cg) 1,50 cg Salvarsan gleich sein. Es wird sich demnach folgende Proportion aufstellen lassen:

$$\left.\begin{array}{l}\text{Therapeutische Minimaldose von 606 (in Zentigramm ausgedrückt) für je 1 kg Körpergewicht . . . . .} \\ \text{Therapeutische Minimaldose von 914 (in äquivalenter Gewichtsmenge von 606 in Zentigramm ausgedrückt) für je 1 kg Körpergewicht . . . . . .}\end{array}\right\} \begin{array}{l}1{,}20 \\ 1{,}50\end{array} = \frac{4}{5}.$$

Dieser Vergleich, der — in höherem Maße als der obige früher angestellte — als nützlich anzusehen ist, um den Grad von Wirksamkeit der beiden Medikamente auszudrücken, lehrt uns, daß selbst dann, wenn man das Arsenikäquivalent berücksichtigen will, das 606 wirksamer ist als das 914, und zwar verhalten sich die beiden

Digitized by Google

Präparate — in bezug auf ihre Wirksamkeit — zueinander wie 5 : 4.

Bevor ich zur Besprechung eines anderen Themas übergehe, halte ich es für angezeigt, einen ziemlich wichtigen Umstand hervorzuheben. Wenn man die von mir als therapeutische Minimaldose (1,20 cg für je 1 kg Körpergewicht) mit der früher von Hata bei seinen klassischen Versuchen (1909) festgesetzten (0,75 cg für je 1 kg Körpergewicht) vergleicht, so fällt der sich sofort daraus ergebende bemerkenswerte Unterschied um so mehr auf, als wir beide — Hata und ich — genau denselben Spirochätenstamm (Truffisches Virus) zum Experiment benutzt haben. Dieses Auseinandergehen der Resultate ist aber wohl kaum ein Beweis dafür, daß meine Beobachtungen, noch mehr aber die klassischen Versuche Hatas, etwa mit einem — sonst wohl möglichen — Fehler behaftet gewesen wären; es dürfte vielmehr dasselbe durch eine Veränderung bedingt sein, die der Truffische Stamm infolge der fortwährenden Übergänge aus einem Kaninchen ins andere und wohl auch der vollständigeren Anpassung an dieses letztere erfahren hat. Derartige Veränderungen haben nun eine höhere Widerstandsfähigkeit des Stammes dem Arsenik gegenüber zur Folge gehabt.

Wir wollen nun untersuchen, ob die Ergebnisse der Versuche es gestatten, die verschiedene Art und Weise der Einwirkung der beiden Heilmittel ins Licht zu stellen und ob sich aus denselben Anhaltspunkte für die Deutung ihres Wirkungsmechanismus gewinnen lassen.

Für das Studium der Art und Weise, wie ein bestimmtes Präparat seine Wirkung ausübt, wäre freilich die klinische Erfahrung vorteilhafter und vollständiger als die experimentelle, insofern erstere die Möglichkeit gewährt, vielfache und verschiedenartige Beobachtungen anzustellen. Allein gerade wegen ihrer Vielseitigkeit bietet die klinische Erfahrung eine spezielle Schwierigkeit dar. Es ist nämlich allgemein bekannt, wie es häufig schwer, ja sogar unmöglich ist, so komplizierte Erscheinungen zu deuten, wie solche nur beim klinischen Verfahren zur Wahrnehmung gelangen. Das experimentelle Verfahren gewährt uns hingegen die Möglichkeit, durch besondere Kunstgriffe biologische Erscheinungen von größerer Einfachheit zu reproduzieren und zu verfolgen, und leistet daher mit Rücksicht auf unsere beschränkten Untersuchungsmittel bessere Dienste als die klinische Beobachtung.

Ich bin somit der Meinung, daß der bezüglich des Einflusses auf die Syphilis des Kaninchens angestellte Vergleich der beiden Präparate miteinander recht nützliche Winke für die Deutung der Art und Weise ihrer Einwirkung geben kann.

Vor allem halte ich es aber nun für zweckmäßig, die Einzelheiten

Digitized by Google

der experimentellen Untersuchungen hier zusammenfassend bekanntzugeben, wobei ich mich jedoch darauf beschränken will, die Protokolle zweier Kaninchen für jede der beiden Versuchsreihen mitzuteilen. Von den beiden als Typen gewählten Tieren wurde das eine mit der therapeutischen Minimaldose (A), das andere (A^1) mit einer zweimal so großen Dose behandelt.

I. Serie. Mit Salvarsan behandelte Kaninchen.

A. Kaninchen Nr. XII. Körpergewicht 3 kg.

16. März 1914. Inokulation beider Skrotalsäcke.

1. April 1914. Beiderseits weizenkorngroßes Syphilom.

18. April 1914. Beiderseits kichererbsengroßes Syphilom. Untersuchung auf Spirochäten positiv.

4. Mai 1914. Rechts halbwallnußgroßes Syphilom; an einem Pol mit einer schwärzlichen, dicken, fest anhaftenden Kruste überzogen, am anderen ist letztere von der Grundfläche abgelöst; zahlreiche bewegliche Spirochäten. Links wird das Syphilom exzidiert.

5. Mai 1914. Endovenöse Injektion von 1,20 cg Salvarsan pro kg Körpergewicht.

6. Mai 1914. Die das Syphilom umgebenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen, das Syphilom ist nun trockener geworden und nur mit Mühe gelingt es, einen Tropfen Serum daraus zu bekommen, worin wenig bewegliche, in spärlicher Anzahl vorhandene Spirochäten wahrnehmbar sind. Die Kruste ist trocken geworden und haftet fest an der Grundfläche.

7. Mai 1914. Die umliegenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen. Das Syphilom ist noch trockener geworden, so daß es nur mit großer Mühe gelingt, einen winzig kleinen Serumtropfen auszupressen; in demselben sind wieder spärliche und zwar unbewegliche Spirochäten sichtbar.

9. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist sichtlich zurückgegangen. Die Kruste ist trocken und zerreibbar und läßt sich mit dem Bistouri leicht ablösen. Der Grund des Geschwürs ist trocken und von graulichem Aussehen. Aus dem Syphilom läßt sich nicht der geringste Tropfen Serum gewinnen; entnimmt man aber mit dem Bistouri ein kleines Stückchen Sklerose, bringt dasselbe in physiologische Kochsalzlösung und zerschneidet man dasselbe, so gelingt es dadurch, manche unbewegliche windungslose Spirochäte zu Gesicht zu bekommen.

11. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^2/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert; es bleibt trocken und graulich aussehend.

16. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist um die Hälfte seines ursprünglichen Volumens kleiner geworden und behält die erwähnten Merkmale bei.

23. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist ungefähr auf $^1/_3$ seines ursprünglichen Volumens zurückgegangen, hierbei etwas weicher geworden und erscheint mit eitrigem Serum durchtränkt; es hat das Aussehen eines nekrotischen Fetzens. Spirochätenbefund negativ.

30. Mai 1914. Jederlei Spur von Syphilom ist durch den vollständigen Zerfall des nekrotischen Materials verschwunden. Es hinterbleibt nur eine kleine trichterförmige, granulierende, in den darauffolgenden Tagen rasch vernarbende Wunde.

Digitized by Google

A[1]. Kaninchen Nr. XVI. Körpergewicht 2,400 kg.

24. April 1914. Inokuliert wird nur der rechtsseitige Skrotalsack.

10. April 1914. Es kommt bereits zur Bildung eines erbsengroßen Syphiloms.

30. April 1914. Das Syphilom hat die Größe einer halben Haselnuß erreicht.

15. Mai 1914. Das Syphilom erscheint haselnußgroß, ist in größerer Ausdehnung ulzeriert und mit einem dünnen, schwach adhärierenden Schörflein bedeckt. Zahlreiche bewegliche Spirochäten.

16. Mai 1914. Endovenöse Injektion von 3 cg Salvarsan pro kg Körpergewicht.

17. Mai 1914. Die das Syphilom umgebenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen. Das Syphilom ist trocken geworden und das trockene Schörflein haftet am Grunde. Mit Mühe gelingt es, einen kleinen, nahezu unbewegliche Spirochäten in spärlicher Anzahl enthaltenden Serumtropfen herauszubekommen.

18. Mai 1914. Keinerlei Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist noch trockener geworden; es ist nicht möglich, auch nur den kleinsten Serumtropfen aus demselben herauszupressen; das Syphilom ist sichtlich zurückgegangen.

19. Mai 1914. Zustand unverändert.

21. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^2/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert; das Schörflein ist abgefallen und die Sklerose zeigt sich auf der Kehrseite trocken und gleichmäßig graulich gefärbt.

23. Mai 1914. Das Syphilom ist um die Hälfte seines ursprünglichen Volumens kleiner geworden; sonst ist dessen Zustand unverändert.

27. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^1/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert und zeigt sich etwas weich und mit eitrigem Serum durchtränkt.

31. Mai 1914. Abstoßung des nekrotischen Materials; es hinterbleibt eine kleine, unter dem Schorf heilende, in wenigen Tagen rasch vernarbende Wunde.

II. Serie. Kaninchen, mit Neosalvarsan behandelt.

A. Kaninchen Nr. XXIII. Körpergewicht 2,200 kg.

10. März 1914. Es wird der linke Skrotalsack infiziert.

27. März 1914. Erbsengroßes Syphilom.

11. April 1914. Kichererbsengroßes Syphilom; Spirochätenbefund positiv.

26. April 1914. Syphilom, Größe und Gestalt einer Haselnuß. Dasselbe zeigt eine centimegroße, mit einem dicken, rötlich gefärbten, gleichmäßigen, fest adhärierenden Schorf bedeckte Ulzeration.

27. April 1914. Endovenöse Einführung von 2,25 cg Neosalvarsan pro kg Körpergewicht.

28. April 1914. Schwellung infolge Kongestion und Ödem der das Syphilom umgebenden Gewebe. Das Syphilom erscheint weich; beim Zusammendrücken entleert sich reichlich eitriges Serum, das den Schorf ringsum ablöst und bewegliche, recht spärlich vorhandene Spirochäten wahrzunehmen gestattet.

29. April 1914. Die Schwellung der Gewebe ist eine stärkere geworden. Das Syphilom ist sichtlich kleiner und weich geworden. Beim Zusammendrücken entleert sich Eiter und nekrotisches Material. Spirochätenbefund negativ.

1. Mai 1914. Die Schwellung der Gewebe hält an. Das Syphilom ist in vollem Rückgang begriffen, und es ist seine Masse fast nicht mehr fühlbar. Spirochätenbefund negativ.

3. Mai 1914. Die Schwellung der Gewebe nimmt allmählich ab. An der Stelle des Syphiloms ist jetzt eine kleine Ulzeration mit unebenem Grund. Spirochätenbefund negativ.

Digitized by Google

10. Mai 1914. Keine Reaktion an den Geweben. Die Ulzeration ist verwischt; es hinterbleibt nur eine kleine granulierende, in den darauffolgenden Tagen rasch heilende Wunde.

A¹. Kaninchen Nr. XXVI. Körpergewicht 3,200 kg.

10. März 1914. Es werden beide Skrotalsäcke infiziert.

11. März 1914. Entstehung von zwei maiskorngroßen Syphilomen.

27. März 1914. Rechts ist das Volumen des Syphiloms $= 2 \times 2 \times 0{,}8$, links $= 1{,}2 \times 1{,}1 \times 0{,}3$ cm. Die beiden Syphilome sind mit einer dicken, harten, gleichmäßigen, fest adhärierenden Kruste bedeckt. Sehr zahlreiche bewegliche Spirochäten.

27. April 1914. Endovenöse Einführung von 4,5 cg Neosalvarsan pro kg Körpergewicht.

28. April 1914. Schwellung (Kongestion und Ödem) der das Syphilom umgebenden Gewebe. Das Syphilom hat seine Größe nicht verändert, es ist nur weich geworden; die Kruste ist nahe daran, sich samt einem großen nekrotischen Fetzen abzulösen. Eitriges Serum in reichlicher Menge. Spirochätenbefund negativ.

29. April 1914. Sehr auffällige Schwellung der Gewebe. Das Syphilom erscheint weich, nekrotisch, eitrig infiltriert an der Peripherie, sichtlich im Rückgang begriffen. Spirochätenbefund negativ.

30. April 1914. Unveränderter Zustand; die sklerotische Masse ist noch kleiner geworden.

2. Mai 1914. Wie oben.

4. Mai 1914. Die Kongestion der Gewebe ist zurückgegangen. Das Syphilom ist zu einem kleinen, in Abstoßung begriffenen, nekrotischen Fetzen geworden.

6. Mai 1914. An der Stelle des Syphiloms verbleibt eine kleine granulierende, in den darauffolgenden Tagen sich vernarbende Wunde.

An der Hand der bisher mitgeteilten Erfahrungen wollen wir nun trachten, den Wirkungsmechanismus der beiden Heilmittel zu erforschen.

Es seien hier vor allem die bei der ersten Versuchsreihe (mit Salvarsan behandelte Kaninchen!) erhobenen Befunde einer Betrachtung unterzogen.

Von seiten der Gewebe ist hier auch nicht die geringste Veränderung wahrnehmbar, die dazu geeignet wäre, für irgend welche während der Heilung sich abspielende organische Reaktionserscheinung zu sprechen. Von seiten der Sklerose bemerkt man anfänglich eine Immobilisierung der spezifischen Elemente (in den ersten 24 Stunden), hierauf ein rasches Verschwinden der Spirochäten selbst (in den darauffolgenden 24 Stunden), später eine infolge Resorption des Entzündungsinfiltrats eingetretene, bis zu dem nach 15—25 Tagen erfolgten völligen Schwund allmählich fortschreitende Rückbildung.

Ich glaube in diesem Heilungsprozeß weiter nichts zu erblicken, als eine Übertreibung dessen, was bei spontan erfolgender Heilung gewisser luetischer Herde vor sich geht. Ohne Zweifel war dort die Heilung infolge Lokalerschöpfung des spezifischen Virus bei gleichzeitiger, stufenweise sehr langsam fortschreitender Involution des Entzündungsinfiltrats eingetreten.

Digitized by Google

Und ebenso glaube ich in diesem Heilungsprozesse weiter nichts zu erblicken, als eine parasitotropische Wirkung des „606", welche — durch hinreichende Gewichtsmengen — Tötung der Keime und Heilung bewirkt, unabhängig von irgend welcher, in keiner Weise experimentell zu enthüllenden Einwirkung der Gewebe.

Die Art und Weise, wie sich dieser Heilungsprozeß abspielt, spricht somit entschieden zugunsten einer parasitotropischen Wirkung des Salvarsans.

Das Experiment gewährt uns keinen Einblick in den innersten Wirkungsmechanismus des Präparats, ob nämlich das 606 seine Wirkung als solches auf die Spirochäta ausübe, oder erst nachdem es im Organismus besondere Veränderungen erfahren, oder schließlich, nachdem es solche im Innersten der bakteriellen Zelle selbst durchgemacht: das Experiment gibt uns nur das Endresultat dieser Wirkung an.

Gehen wir zur Betrachtung der bei der zweiten Versuchsreihe (Behandlung mit Neosalvarsan) über. Es wird sofort ersichtlich, daß hier der Heilungsprozeß sich unter ganz anderen Erscheinungen abspielt, als bei der unter dem Einfluß des 606 erfolgenden Heilung des Syphiloms. So sehen wir: von seiten der Gewebe Reaktionserscheinungen (Kongestion und Ödem), die sich frühzeitig einstellen, immer deutlicher hervortreten und schließlich bis zur vollständigen Auflösung der entzündlichen Neubildung fortdauern; von seiten der Sklerose bemerkt man zuerst eine Immobilisierung und hierauf das Verschwinden (in den ersten 48 Stunden) der Spirochäten, im Anschluß daran Kongestionserscheinungen und Ödem, eitrigen Zerfall, schließlich Repression und Schwund der entzündlichen Neoplasie infolge Abstoßung und Resorption.

Der Heilungsprozeß geht in einem weit kürzeren Zeitraum vor sich, als der für das „606" erforderliche, er braucht nämlich dazu ungefähr 5—15 Tage.

Die Reaktionserscheinungen seitens der Gewebe, die Anzeichen von eitrigem Zerfall und Nekrose von seiten des Syphiloms, die rasche Reparation des Krankheitsherdes zeigen sich um so auffälliger, je größer die eingeführte Dose gewesen ist.

Nun, wie ist diese von jener des 606 so deutlich abweichende Wirkungsweise zu erklären?

Man gewinnt meiner Meinung nach den Eindruck, als ob in den beobachteten Erscheinungen eine zweifache Einwirkung des 914 zu erblicken wäre, und zwar eine auf das spezifische Element (parasitotrope Wirkung) und eine auf die Gewebe (organotrope Wirkung).

Für die erstere dürfte die Immobilisierung und das darauffolgende

Digitized by Google

rasche Verschwinden der Spirochäten innerhalb der ersten 24—48 Stunden nach der Einführung des Medikamentes sprechen. Ein Beweis für die letztere wäre durch die in den Geweben auftretenden Reaktionserscheinungen (Kongestion und Ödem) und die zuweilen außerordentliche Raschheit geliefert, womit Resolution und Reparation des Krankheitsherdes eintreten (bei Kaninchen XXVII erfolgte massenhafte Nekrose und Abstoßung der nekrotisierten Masse bereits am vierten Tage).

Aber auch durch eine weitere Erscheinung würde die Annahme einer solchen organotropen Wirkung gestützt werden. Wie wir bereits gesehen, wirkt das 914 schwächer als 606, auch wenn man den entsprechenden Arsenikgehalt berücksichtigt. Nun ist aber die Raschheit, womit bei Anwendung von äquivalenten Dosen (und höheren als die therapeutischen Minimaldosen) das experimentelle Syphilom zur Heilung gelangt, für das 914 eine weit größere als für 606. Dies erscheint leicht verständlich, sobald man bedenkt, daß neben der die Tötung der Keime bewirkenden parasitotropen Wirkung auch eine organotrope sich geltend macht, welche eine Überempfindlichkeit der Gewebe für alles Giftige und Irritierende zur Folge hat und hierbei eine stärkere Reaktion hervorruft. Oder aber es wird diese Wirkung auf die Gewebe ausgeübt, die dadurch unmittelbar gereizt werden und ein größeres Ausstoßungs- und Reparationsvermögen erlangen.

Schlußfolgerung. Die Beobachtung der Art und Weise, wie unter dem Einfluß des 606 bzw. des 914 die Heilung des experimentellen Syphiloms erfolgt, dürfte zugunsten einer zwischen 606 und 914 bestehenden Verschiedenheit der Einwirkung sprechen und hierbei für das erste der beiden Präparate eine nur elektive parasitotrope, für das zweite hingegen neben einer solchen auch noch eine organotrope bzw. stimulierende Einwirkung auf die Gewebe offenbaren.

Es wäre unpassend, wollte man jetzt nachforschen, inwieweit die von mir bei experimenteller Syphilis erzielten Resultate sich auch auf menschliche Syphilis anwenden lassen und Schlüsse daraus ziehen.

Ich kann aber trotzdem nicht umhin, darauf hinzuweisen, daß — so viel aus meinen Versuchen hervorgegangen ist — im Gegensatze zum Salvarsan das Neosalvarsan auch beim Menschen eine entzündliche Reaktion (dort, wo der Sitz der spezifischen Läsionen ist und in den umliegenden Bezirken) hervorrufen müßte, die bei Viszeralverletzungen wichtiger Organe schwere Erscheinungen zur Folge haben könnten.

Es ergibt sich hieraus, daß, abgesehen von seiner schwächeren Wirksamkeit, das Neosalvarsan auch wegen seiner organotropen Einwirkung gefährlicher wäre als Salvarsan.

Digitized by Google

Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation.

Von

J. SCHUMACHER, Berlin.

Die früher etwas umständliche Salvarsanapplikation wurde durch die Einführung der konzentrierten Neosalvarsaninjektion von RAVAUT, DUHOT, STERN, STRAUSS, FRÜHWALD u. a. bedeutend vereinfacht. Bei allen Methoden ist aber zur Injektion immer noch durch Abkochen zu sterilisierendes Wasser erforderlich. Um die Zeit abzukürzen, die nötig ist zur sicheren Sterilisierung des Wassers und zum nachherigen Abkühlen desselben, versuchte ich die Sterilisation auf chemischem Wege zu erreichen. Das Verfahren mußte vier Anforderungen gerecht werden:

1. durfte kein Gift zur Sterilisation Verwendung finden,
2. mußten die anzuwendenden Mengen minimal sein,
3. mußte die Sterilisation gesichert sein,
4. durften die anzuwendenden Mittel nicht mit dem Salvarsan chemisch reagieren.

Zu diesem Zwecke schien mir ein für die chemische Trinkwassersterilisation im Felde ausgearbeitetes Verfahren geeignet. Durch minimale Menge von Jodsäure, Sulfosalizylsäure, Jodkalium und Natriumthiosulfat erreicht man die sichere Sterilisation eines Liters Trinkwassers, das sich im Geschmack nachher von nicht vorbehandeltem Wasser durch nichts unterscheidet, wie schon damals gesagt, wider Erwarten [1]).

Zu dem beabsichtigten Zweck müssen zu 6 ccm gewöhnlichen Wassers in die Spritze zuerst 0,001 g Jodsäure und 0,005 g Sulfosalizylsäure gebracht werden. Alsdann werden 0,01 g Jodkalium hinzugefügt, wodurch das gesamte Jod in Freiheit gesetzt wird. Die entstehende Jodmenge ist mehr als hinreichend zur Sterilisation, wie meine bakteriologischen Untersuchungen bei der Trinkwassersterilisation ergaben. Das entstandene Jod wird darauf durch 0,0016 g Thiosulfat gebunden. Alsdann löst man das Salvarsan in dem so vorbehandelten Wasser auf.

Die chemischen Prozesse, die sich dabei abspielen, sind folgende. Jodsäure und Jodkalium liefern freies Jod. Die Sulfosalizylsäure macht aus dem Jodkalium Jodwasserstoffsäure frei, wodurch alsdann das ganze Jod in Reaktion tritt und sich quantitativ abscheidet. Durch eine entsprechende Menge mehr zugesetzten Jodkaliums wird das Jod in Lösung gehalten. Durch das Hinzufügen des Natriumthiosulfats wird das freie Jod wieder zu tetrathionsaurem Natrium und Jodnatrium gebunden.

[1]) Nähere Einzelheiten betreffs der chemischen Vorgänge und der Sterilisation sind in der diesbezüglichen Arbeit zu finden.

Digitized by Google

Weder das tetrathionsaure Natrium noch das Natriumjodid vermögen mit dem Salvarsan zu reagieren, dazu in diesen Verdünnungen überhaupt nicht. Dagegen reagiert freies Jod chemisch mit Salvarsan unter Jodierung des letzteren. Diese Präparate sind nach den Untersuchungen von Ehrlich[1]) und Hata etwas toxischer als gewöhnliches Salvarsan, was nach bekannten pharmako-dynamischen Gesetzen (Einführung von Halogen in den Benzolkern) auch nicht anders zu erwarten ist. Aber diese Reaktion tritt gar nicht ein, da ja das Jod durch Thiosulfat chemisch gebunden wird. Ferner ist die eintretende Jodierung des Salvarsans so gering, falls versehentlich das Hinzufügen des Thiosulfats vergessen würde, daß durch dieses Versehen Schlimmes für den Patienten nicht zu befürchten ist. Außerdem ist ein diesbezügliches Versehen wohl ausgeschlossen, da der Betreffende beim Hinzufügen des Salvarsans sofort bemerken muß, daß das Wasser noch braun gefärbt ist.

Um die Technik der Injektion so einfach als möglich zu gestalten, hat Herr Apotheker Friedländer es übernommen, eine eigene Packung abzugeben, die das Salvarsan nebst den erforderlichen Chemikalien enthält. Die Packung enthält in der Mitte die Salvarsanampulle. Links davon eine braune Ampulle, der Einfachheit halber gleich die entsprechende Menge Jodsäure, Sulfosalizylsäure und Jodkalium in einer Ampulle, rechts von der Salvarsanampulle eine weiße Ampulle mit der entsprechenden Menge Natriumthiosulfat.

Technik. In die aus dem Alkohol genommene Spritze bringt man ca. 6 ccm reines Leitungswasser, nachdem man vorher die Spritze mit einem kleinen Hahn verschlossen hat. Darauf gießt man den Inhalt der braunen Ampulle hinzu und schüttelt etwas, bis die Flüssigkeit gleichmäßig braun gefärbt ist. Nach Ablauf von einer Minute bringt man den Inhalt der weißen Ampulle hinzu, wodurch das Wasser wieder farblos wird, und löst alsdann das Neosalvarsan auf.

Bedient man sich bei der Injektion von Salvarsannatrium der Methode unter Verwendung von $^1/_{10}$ Normalsalzsäure, so verfährt man wie bei dem Neosalvarsan, gießt aber die Salzsäure erst am Schluß hinzu.

Bei meinem geringen Material überlasse ich die klinische Prüfung einer größeren Klinik. Chemisch haben die angewandten Milligramme der Chemikalien keinen Einfluß auf das Salvarsan, und so muß sich die Methode zur raschen Salvarsaninjektion eignen. Eine so hergestellte Neosalvarsanlösung unterscheidet sich weder makrochemisch noch histochemisch in ihrem Verhalten von einer einfachen Auflösung von Neosalvarsan in Wasser.

[1]) Die Chemotherapie der Spirillosen.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Abwehrkräfte des Organismus, von H. Kämmerer. (Aus Natur u. Geisteswelt, 479, B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1915.) Das kleine Büchlein entspricht einem vielseitigen Bedürfnisse. Jeder einigermaßen gebildete Laie dürfte imstande sein, sich aus ihm eine orientierende Übersicht über die wichtigsten Fragen der modernen Immunitätslehre zu verschaffen. Einige Kapitel sind in ihrer Kürze und Anschaulichkeit für viele Kreise, z. B. Juristen, eine wesentliche Beihilfe für das Verständnis der modernen Medizin überhaupt. Aber auch Ärzte, die keine Gelegenheit hatten, sich von Anfang an mit den verschiedenen Ergebnissen dieses gerade in der jetzigen Zeit so wichtigen Zweiges ihres Berufes vertraut zu machen, werden dem Verfasser dankbar sein für die zum Teil meisterhafte Art der Einführung in die wichtigsten Kapitel der Serologie und Immunitätsforschung. Dem Büchlein ist die weiteste Verbreitung in den beteiligten Kreisen zu wünschen. S. Levy-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über einen Fall von multipeln Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen, von P. de Fafento-Triest. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Zu dem von Morpurgo (M. m. W., Nr. 12) beschriebenen Fall teilt Verfasser folgendes noch mit: Patient kam etwa vier Monate nach Beendigung seiner ersten Kur wiederum in Behandlung mit einem papulösen Exanthem und einem stark positiven Wassermann. Er hatte tags zuvor eine Kalomelinjektion erhalten, und in der Klinik entwickelte sich bei exspektativer Behandlung am folgenden Tage wieder ein scharlachartiges Exanthem, das aber in einigen Tagen verging. In der Folge erhielt er dann intravenöse Neosalvarsaninjektionen zu 0,2, 0,4 und zweimal 0,6 ohne irgend welche Intoxikationserscheinungen. Demnach wäre anzunehmen, daß die von Morpurgo beobachteten Netzhauthämorrhagien dem Kalomel und nicht dem Neosalvarsan zur Last zu legen waren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die experimentelle Erzeugung von Purpura bei Tieren durch die Einführung von Antiblutplättchenserum, von J. C. G. Ledingham-London. (Lanc., 13. Juni 1914.) Verfasser hat in folgender Weise experimentiert: das Blut von 20—30 Meerschweinchen (160—250 ccm) wurde mit dem doppelten bis dreifachen Quantum einer physiologischen Kochsalzlösung, welche 1% Natron citricum enthielt, versetzt und durch längeres Zentrifugieren von den weißen Blutplättchen befreit. Diese wurden als Aufschwemmung mit Kochsalzlösung Kaninchen intravenös injiziert. Es wurden mit Zwischenräumen von je 6—8 Tagen jedem Tier 7—8 Injektionen verabreicht. Bei der Übertragung des Serums der so behandelten Kaninchen auf Meerschweinchen wurden Erscheinungen hervorgerufen, welche mit der menschlichen Purpura große Ähnlichkeit hatten, namentlich war dies bei den subkutanen Einspritzungen der Fall, während die intravenöse und intraperitoneale Einverleibung des Serums unter ausgesprochenen Veränderungen des Blutes und ausgiebigen Blutungen sogar noch schneller tödlich wirkte.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Skorbut der Kinder. (Möller-Barlowsche Krankheit), von Eugen Fraenkel-Hamburg. (Hamb. m. Überseeh., 1914,

Digitized by Google

Nr. 12.) Nach FRAENKEL sollte man bei keinem Kinde, das in dem für diese Krankheit disponierten Alter (Säuglingsalter) steht und durch eine extreme Blässe auffällt, unterlassen, an die Möglichkeit des Bestehens dieser Krankheit zu denken. Die Blutuntersuchung ergibt eine Herabsetzung des Hämoglobingehalts und Veränderung der morphologischen Zusammensetzung, d. h. Poikilozytose und in der Menge wechselnde Normo- und Megaloblasten. Ein weiteres, sehr wichtiges Symptom sind Blutungen in der Haut und in sichtbaren Schleimhäuten. Aber abgesehen von der wohl nie fehlenden Blässe, kann blutige Beschaffenheit der Dejektionen, besonders blutiger Harn, das einzige Symptom dieser Krankheit sein. Die durch subperiostale Blutungen bedingten Anschwellungen an den Extremitäten, besonders an den unteren, sind im allgemeinen auf die schwereren Fälle beschränkt. Die Berührung dieser Knochen ist außerordentlich schmerzhaft. Auch an den platten Knochen kann es zu subperiostalen Blutungen kommen, und bei am Orbitaldach lokalisierten Blutungen führt es zu dem gut wahrnehmbaren Symptom des plötzlichen Exophthalmos. Trotz Fortbestehens der Krankheit kann dieses Symptom vollkommen zurückgehen. Für die klinische Erkenntnis dieser Krankheit im Frühstadium ist die Röntgenuntersuchung unentbehrlich. Schon vor zehn Jahren hat FRAENKEL auf Grund anatomisch-röntgenologischer Studien Veränderungen am Skelett, speziell den Röhrenknochen, festgestellt. Es handelt sich dabei um einen verschieden breiten, zackigen Schatten, der seine Entstehung den sich in den Knochen abspielenden anatomischen Veränderungen verdankt. Es handelt sich dabei um eine an der Knochenknorpelgrenze lokalisierte Knochenmarkaffektion. Sie besteht in einer Umwandlung des zellreichen, lymphoiden Marks in ein als Stützmark bezeichnetes Gewebe. Hand in Hand damit geht eine mangelhafte Anbildung neuen Knochengewebes vor sich, die besonders die der Epiphyse benachbarten jüngsten Knochenbälkchen betrifft. E. Brinitzer-Altona.

Traumatische Entzündungen.

Ein ungewöhnlicher Fall von Bromoderma des Beines, von LUDWIG WEISS-New York. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 8.) Patientin, 24 Jahr alt, litt im Anschluß an Scharlach seit ihrem achten Jahre an Krämpfen und bekam seit dieser Zeit Brompräparate; ein Jahr später trat eine Gesichtsakne auf, und etwas später bekam sie am rechten Unterschenkel eine schmerzhafte, papulo-vesikulöse Eruption, die sich besonders dadurch auszeichnete, daß sie sich im Herbst und Winter verschlimmerte, im Frühling dagegen nachließ, obgleich sie im Sommer mehr Brom gebrauchte als im Winter. WEISS sah die Patientin zum ersten Male vor drei Jahren; sie hatte damals auf dem linken Unterschenkel papulo-pustulöse Effloreszenzen, die an der Basis infiltriert und mit Krusten bedeckt waren. Auf dem linken Oberschenkel befand sich ein halbdollargroßes, schmerzhaftes Geschwür, das bei der leisesten Berührung blutete. Die interessanteste Affektion befand sich am rechten Unterschenkel. Hier zeigte sich eine entzündete Oberfläche vom oberen Drittel des Schenkels bis zu beiden Knöcheln, die mit einigen teilweise geheilten Ulzerationen bedeckt war. Der Teil, welcher jetzt eine glatte, atrophische Oberfläche mit dünnen, zigarettenpapierähnlichen Schuppen zeigt, hatte damals eine nässende, bösartig aussehende Oberfläche, die bedeckt war mit unzähligen Papeln und Pusteln, die das Hautniveau beträchtlich überragten. Der Rand dieser papillomatösen Läsionen hatte ein honigscheibenartiges, siebförmiges Aussehen, und man konnte aus demselben eine seifenähnliche, übelriechende Flüssigkeit ausdrücken; ein sehr seltenes Vorkommnis waren venöse Kapillarblutungen dieser Ulzerationen. Was die Differentialdiagnose mit Syphilis anbetrifft, so entwickeln sich die Brompusteln

Digitized by Google

akuter als ein pustulöses Syphilid. Die Prädilektionsstellen der Bromeruptionen sind Kopf, Gesicht und Extremitäten, während sich die Syphilide unregelmäßig über den ganzen Körper verbreiten können, dabei aber eine Tendenz zu Symmetrie haben. Die Bromakne dringt tiefer in die Kutis ein und fühlt sich härter an als die syphilitischen Produkte. Bei der Akne cachecticorum fehlen die Entzündungserscheinungen; bei Akne vulgaris ist meist auch die behaarte Kopfhaut und andere behaarte Teile befallen, auch besteht meist Seborrhoe und sind Komedonen vorhanden. Endlich entwickelt sich die Bromeruption gern auf Narbengewebe. Jodakne tritt mehr akut auf, auch sind die Schleimhäute befallen, auch neigt sie zu einem bullösen Typus. Ein exulzeriertes Jododerma ist vom Bromderma schwer zu unterscheiden; das erstere befällt meist die unteren Extremitäten und ist begleitet von heftigen, oft erysipelatösen Entzündungserscheinungen, tiefer Nekrose und Störung des Allgemeinbefindens; ferner zeigt es keine honigscheibenartigen, Smegma produzierenden, wallartigen Ränder wie das Bromoderma. Die Untersuchung des Urins und die Anamnese werden zur richtigen Diagnose beitragen. Zur Unterscheidung von Syphilis muß die Wassermannsche Reaktion beitragen, auch provocierende Salvarsaninjektionen sind anzuwenden. Die Therapie besteht vor allem im Aussetzen des Broms; ferner werden Salzkompressen, innere Medikation von Kochsalz, auch Salzbäder angewendet. Salbenbehandlung verschlimmert den Zustand. W. empfiehlt Umschläge mit 4%iger Borsäurelösung.

Konklusionen: 1. Medizinalexantheme können irgend eine Hautkrankheit vortäuschen. 2. Eine plötzlich, ohne Prodromalerscheinungen auftretende Hauteruption ist fast sicher als Medizinalexanthem anzusprechen. 3. Die Heftigkeit der Entwicklung, sowie das Übergewicht der lokalen über die allgemeinen Störungen ist charakteristisch für Medizinalexanthem. 4. Die Kürze des akuten Stadiums und die Schnelligkeit des Abklingens der Erscheinungen sind wertvoll für die Diagnose. 5. Die vier Stadien der akuten kontagiösen Exantheme: das Prodromal-Eruptiv-Höhen- und Rückbildungs-Stadium fehlen bei Medizinalexanthemen, sowie die Desquamation. 6. Die Temperatur erreicht niemals die Höhepunkte der akuten Exantheme, und die Schleimhautaffektionen sind niemals so heftig. F. John-Leipzig.

Eine Bromeruption, die Blastomykosis oder Ekzem vortäuschte, von Henry Kennedy Gaskill-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 21. März 1914.) Nach Einnahme von Bromammonium erschienen bei einem Epileptiker auf beiden Handrücken Exantheme, die differentialdiagnostisch von Blastomykosis oder von Ekzem zu unterscheiden waren. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Knotenjodismus, der ein Gumma des Augenlides vortäuschte, von Sydney Stephenson. (M. Press. a. Circ., Bd. 149, Nr. 5.) Patient konsultierte am 14. August den Dr. Walsh vom Kensington Hospital. Diagnose: Tertiäre Syphilis, großes serpiginöses Syphilid am linken Oberschenkel und pigmentierte Narben. Behandlung mit Quecksilber. Am 4. Dezember sah Stephenson den Patienten: die äußere Hälfte des linken Augenlids ist rot und geschwollen, aber nicht empfindlich, das umgebende Gewebe war infiltriert, das Ganze erinnerte an einen gummatösen Prozeß; eine ähnliche Stelle befand sich an der linken Backe, über der Oberlippe. Unter der linken Kinnbacke befand sich eine karbunkelähnliche Masse, die aus mehreren Fisteln Eiter entleerte. Das rechte Ohr zeigte eine schuppende, ekzemartige Eruption. Auf der Rückseite der behaarten Kopfhaut, über dem Os occipitale, war ein krustöses Geschwür. Eine Zahl von pigmentierten, glatten, oberflächlichen Narben, wahrscheinlich die Residuen von Hautgummen, zeigte sich auf dem rechten Knie, beiden Unterschenkeln, dem linken Oberschenkel, der linken Hinterbacke und dem rechten Vorderarm. Die infiltrierten Läsionen am Augenlid, an der Wange usw. machten vollkommen den Eindruck

Digitized by Google

von Gummata; wenn man aber die folgenden Bemerkungen des oben erwähnten Dr. W. las, so war es klar, daß es sich um die seltene Form des Jodismus handelte, der als Knotenjodismus bekannt ist. Dr. W. notierte nämlich folgendes: „Der Patient wurde mit Merkur und innerlich mit Jodkalium behandelt; am 16. November wurde aber die Jodbehandlung ausgesetzt, da sich auf dem Gesicht deutliche Jodpapeln gebildet hatten." Der Patient bestätigte, daß sich am linken unteren Augenlid seit ungefähr 14 Tagen eine kleine Anschwellung, eine Jodpapel gebildet hatte, und daß diese Geschwulst seit drei Tagen größer geworden sei. Die Behandlung bestand in Borwaschungen und Applikation von Merkuröl. Heilung am 15. Januar. F. John-Leipzig.

Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung, von J. F. Hornsby-Ranan. (Brit. m. J., 4. April 1914.) Rungus oder Ringus ist der einheimische Name eines im Norden vom britischen Borneo ziemlich verbreiteten Baumes. Verfasser hat einige 20 Fälle von ausgesprochener Dermatitis bei Kulis, die mit Waldarbeiten beschäftigt waren, gesehen. Nach einer Latenzzeit von etwa 24 Stunden entsteht unter intensivem Jucken ein papulöser Ausschlag, der nach weiteren 24 Stunden zu Bläschen- und Blasenbildung führt. Bei unkomplizierten Fällen heilt die Affektion meist in 5—7 Tagen ab. Durch Mazeration der Blätter in Spiritus erhielt H. eine Substanz, welche, auf die Haut aufgepinselt, einen leichten Grad von Dermatitis ähnlicher Art erzeugte. A. Philippi-Salzschlirf.

Vanille, ein Hautreiz, von W. Leggett-Montrose. (Brit. m. J., 20. Juni 1914.) Ein gesunder Mann, der durchaus keine Idiosynkrasie gegen Vanille sonst dargeboten hatte, setzte aus eigenem Antrieb ca. 15 g Vanilletinktur zu etwa 150 ccm von einem spirituösen Haarwasser. Nach 24 Stunden waren die ganze Kopfhaut und auch ein Teil des unbehaarten Kopfes stark geschwollen und von einem unerträglichen Juckreiz befallen. Da die Waschungen fortgesetzt wurden, verschlimmerte sich der Zustand immer weiter, und ein Kontrollversuch, den der Patient am Arme ausführte, hatte die gleiche Wirkung. Am zehnten Tage suchte Patient ärztliche Hilfe auf. Unter Umschlägen mit Quecksilberjodid (1 : 2000) heilte die Affektion in 3—4 Tagen ab.

A. Philippi-Salzschlirf.

Drei noch nicht beobachtete Gewerbekrankheiten der Haut, von M. Oppenheim-Wien. (Österr. Sanitätswesen, 1913, Nr. 38.)

1. Buchsbaumdermatitis bei einem Gärtner, hervorgerufen durch die Zurichtung der Blätter des heimischen Buchsbaumes. Die Dermatitis, welche klinisch den bekannten Toxikodermatididen pflanzlichen Ursprungs entsprach, wird wahrscheinlich durch das Buxin, ein in den Blättern des Buchsbaumes enthaltenes Alkaloid, verursacht.

2. Typische Nagelveränderungen bei Kapsel- und Patronenarbeiterinnen, bestehend in einer von der Mitte anfangenden Verdickung und Abschrägung der Nägel der vierten und fünften Finger — oft an beiden Händen — nach außen, derart, daß der freie Rand des Nagels aus einem medialen normalen und einem lateralen abgeschrägten, verdickten Rand gebildet wird. Entsteht durch rein mechanische und vielleicht auch chemische Alteration der Nägel beim Heraushebeln der Hülsen aus den Löchern von Blechplatten, mit welchen diese zur Reinigung in Säurelösungen getaucht werden.

3. Progrediente Ätznatronwirkung auf die Nägel eines Glasergehilfen. Zur Ernährungsstörung führende Wirkung des Ätznatrons auf die Fingerendglieder zwischen Nagelbett und Nagelfalz, die zu einer bis jetzt nicht erklärlichen langsamen, von der Fingerkuppe zur Lunula fortschreitenden Resorption der Nägel und fehlenden Entwicklung neuer Nagelsubstanz geführt hat. O. Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Gewerbliche Hautkrankheiten, von M. Oppenheim und O. Neugebauer-Wien. (Österr. Ärzte-Ztg., 1913, 10. Jg., Nr. 20—24.) Die Einteilung der Hautveränderungen geschieht in eine Anzahl bestimmter Gruppen. Die erste, die beruflichen Stigmata, bestehen in Färbungen, Verhornungen, Nagelveränderungen, Auflagerungen gewisser Substanzen, Rhagaden, Exkoriationen und Pigmentierungen; die letzteren in Bindegewebsneubildungen, Schleimbeutelveränderungen, gewissen Einsprengungen unter die Haut und Narbenbildungen. Hiernach kommen Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen. Ihnen schließen sich die Erkrankungen der Talg- und Schweißdrüsen an. Bei den beruflichen Toxikodermien werden die verschiedensten Grade der Dermatitis acuta toxica beobachtet, und man kann als Ursache teils chemische Produkte, teils Pflanzen und ihre Derivate, teils Tiere und ihre Produkte verantwortlich machen. Ein weiterer Abschnitt ist dem Gewerbeekzem, der Dermatitis arteficialis gewidmet. Ihm folgt der Abschnitt der gewerblichen Nagelerkrankungen. Die beruflichen Infektionskrankheiten betreffen die Lues, die Tuberkulose, Pocken, Skabies, Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche, Panaritium der Melkerinnen, Trichophytie, Erysipeloid, Schweinerotlauf, Aktinomykose, Mycetoma pedis, Mal de canne de Provence usw. Der letzte Abschnitt enthält die Prophylaxe und Therapie. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Versorgung wunder Füße, von Dreist-Mainz. (M. Kl., 1914, Nr. 5.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, als Stabsarzt in den Manövern 1912 und 1913 die Entdeckung zu machen, daß das gewöhnlich zum Verbinden wundgelaufener Füße benutzte Zinkkautschukheftpflaster sehr bald hart wurde, oder, sich zusammenballend, als reizender Fremdkörper wirkte. Er fand ein vorzügliches Mittel in dem Bestreichen der wunden Füße mit Mastisol und Bedecken derselben mit Barchentfußlappen. Das Anlegen der Verbände erforderte wenige Minuten. Die Patienten konnten bald weiter mitmarschieren. O. Lasch-Breslau.

Behandlung des eingewachsenen Nagels, von O. Lorwe-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Verfasser exzidiert nach Extraktion des Nagels den Nagelfalz tief bis auf den Knochen hinunter, mobilisiert nach Anlegung von Entspannungsschnitten durch die Haut den lateralen und etwas weniger ausgiebig den medialen Wundrand und bringt dieselben aneinander. Die Schnittführung ist aus den beigegebenen Zeichnungen ersichtlich. Bei dieser Methode der primären Deckung der Wunde ist der Patient dann gewöhnlich in 6—8 Tagen entlassungsfähig. A. Philippi-Salzschlirf.

Beiträge zur Klinik der Erfrierung, von Csillag-Budapest. (W. kl. W., 1914, Nr. 37.) Bericht über einige Fälle von abnormer Lokalisation von Erfrierungen. So am Unterschenkel von Frauen und zwar unmittelbar an der Grenze des Stiefelettenrandes, weiterhin in besonderer Intensität an der linken Hand von Handwerkern und schließlich an Bauchhaut nach Applikation von Eisbeuteln. H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung der Frostbeulen, von Schwering-Billerbeck. (M. Kl., 1914, Nr. 47.) Schwering glaubt für die Behandlung von Pernionen folgendes Verfahren empfehlen und den Erfolg garantieren zu können: Überpinselung der erkrankten Hautstelle, sobald dieselbe sorgfältig getrocknet worden ist, ohne weitere Vorbereitung reichlich mit Jodtinktur und nach deren Eintrocknung ausgiebig mit reinem Ichthyol; darüber so viel Watte, als haften bleibt; Strumpf resp. Handschuh schützen den Verband genügend, der 3—8 Tage liegen bleiben kann und dann erneuert wird.

O. Lasch-Breslau.

Über die Behandlung schwerer Erfrierungen, von Victor Pranter-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 10.) Der Artikel wendet sich gegen die Vornahme primärer Operationen und ist für eine Lokalbehandlung mit physikalischen Methoden (Bäder, Luftduschen usw.), unterstützt durch Kalium permanganicum-Bäder, Anwendung von

Digitized by Google

Verdauungsgemischen (Pepsin-Salzsäure), welchen schließlich eine solche mit Silbersalzen folgt. H. Vörner-Leipzig.

Bemerkungen über Erfrierung, von Riehl-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 11.) Erweiterte Diskussionsbemerkungen zu Pranters Demonstration in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte vom 5. Februar 1915, welche sich hauptsächlich mit den Beziehungen zwischen Erfrierung und Verbrennung beschäftigen. Weiter werden die Entstehung, der Sitz, die Prognose und die Therapie, wobei namentlich auch auf die schwereren Fälle hingewiesen wird, einer eingehenden Würdigung unterzogen.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung der Erfrierungen, von A. Wittek. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Bei einem größeren Material von Erfrierungen der Füße (424 Fälle) und auch von solchen an den Händen usw. hat W. die von Norsske empfohlene Methode der tiefen Inzisionen bis auf den Knochen der Endphalangen geübt. Nebenbei wurden auch sonst im Bereich der Erfrierung tiefe Inzisionen durch die affizierten Weichteile geführt. Da das Gewebe ganz anästhetisch ist, hat man irgend welche Narkose nicht nötig. Als erster Verband dienen dann Kollargolumschläge; vom dritten Tag etwa an verwendet man indifferente Salben. Das Verfahren hat sich sehr bewährt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Behandlung der Erfrierungen von Fingern und Zehen, von Ed. Bundschuh-Freiburg i. B. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Verfasser rät, die Norsske-schen Inzisionen an den Finger- und Zehenkuppen bei Erfrierungen möglichst frühzeitig auszuführen und je nach Bedarf tief bis auf den Knochen oder auch etwas mehr oberflächlich einzugehen. Die Inzisionen werden sogleich mit Gaze, die mit sterilem Öl (eventuell Kampferöl) getränkt ist, ausgestopft, worauf dann die Saugglocke bei jedem affizierten Finger, resp. Zehe, auf 5—15 Minuten bis zur Erzeugung einer gelinden Blutung angelegt wird. Das Tamponieren und Ansaugen wird noch am selben Tage und dann noch einige weitere Tage wiederholt. A. Philippi-Salzschlirf.

Wasserdichte Fußbekleidung und Erfrierungen, von Glasewald. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) Nach G. ist die Gefahr der örtlichen Erfrierung in völlig wasserdichter Fußbekleidung größer als in durchlässiger, sobald ein Wechseln der Stiefel beim Naßwerden der Füße unmöglich ist. E. Brinitzer-Altona.

Über die Verwendung von Pikrinsäure bei Verbrennungen und Erkrankungen der Haut, von H. L. Heusner-Gießen. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Die der Pikrinsäure bei der therapeutischen Verwendung anhaftenden Nachteile vermeidet H. durch Verarbeitung des Mittels mit der Beiersdorfschen Glykasine zu einer 2%igen Salbe, die auch als Pikrasine in Tuben gebrauchsfähig verkauft wird. Sofort nach der Verletzung auf die betreffende Stelle aufgestrichen, soll das Mittel die Blasenbildung verhüten oder wenigstens beschränken und die Schmerzen schnell beseitigen. Nach einer Applikationsdauer von 10—15 Minuten kann man den Überschuß von der Haut wieder abwischen. Auch auf die durch Verbrennung entstandenen Wundflächen, sowie bei Furunkulose, Ulcus cruris, nässenden Ekzemen usw. kann die Salbe angewandt werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung granulierender Flächen mit heißer Luft, mit besonderer Berücksichtigung der Verbrennungen, von Ugo Stoppato. (Policlinico, 15. September 1914.) Zur Heißluftbehandlung sind verschiedene Apparate (Sikkor usw.) konstruiert worden, mit denen Temperaturen von verschiedener Höhe erzielt werden können. Zur Wundbehandlung genügt aber nach den Erfahrungen des Verfassers der Fönapparat, der eine Temperatur von 90° erzeugen kann. Die Sitzungen werden täglich vorgenommen und dauern 10—15 Minuten; längere sind nur in besonderen Fällen nötig. Der

Digitized by Google

Apparat wird in der geringsten erträglichen Distanz gehalten, die ungefähr 20—25 cm beträgt. Das junge Epithel am Rande muß vor der heißen Luft geschützt werden. Verfasser hat auf diese Weise Wunden aller Art, besonders aber Brandwunden, behandelt. Die Wunden reinigen sich, granulieren gut und überhäuten sich rasch.

R. Frühwald-Leipzig.

Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung, von Heineke-Leipzig. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Während das Auftreten allgemeiner Hautausschläge nach Röntgenbestrahlungen schon häufiger beobachtet und beschrieben wurde, so ist darüber nach lokalen Radiumbestrahlungen noch wenig bekannt. Verfasser beschreibt die Leidensgeschichte eines Kollegen, der zwecks biologischer Eichung eines Präparates von 20 mg Radiumbromid die das Salz einschließende Ebonitkapsel auf die Streckseite beider Vorderarme je 10 Minuten ohne Filter aus 1 cm Entfernung hatte einwirken lassen. Am Tage nach der Bestrahlung war die Stelle etwas gerötet und empfindlich, nach 14 Tagen entwickelte sich eine oberflächliche Hautnekrose. Kurz danach, also etwa 15 Tage nach der Bestrahlung trat plötzlich ein allgemeines Exanthem auf. Unter starkem Juckreiz wurden zunächst beide Vorderarme und Handrücken ergriffen, alsdann die Innenseite der Oberschenkel, Stirn, Ohren- und Nackengegend. Es traten quaddelartige Eruptionen auf, innerhalb deren gruppenweise gestellte Bläschen aufschossen. Ein Teil der von der Dermatitis befallenen Stellen heilte unter Puder- und Salbenbehandlung bald ab, als sehr hartnäckig jedoch erwiesen sich die Eruptionen an den Armen und Beinen, wo im Laufe der Wochen und Monate immer wieder neue Nachschübe mit hochgradigem, quälendem Juckreiz auftraten, die zurzeit noch nicht ganz geheilt sind. Die kleinen Hautnekrosen an der Stelle der Bestrahlung waren dagegen nach 10 Tagen vollkommen überhäutet. H. Rausch-Darmstadt.

Röntgenstrahlenkeratosen der Hand bei einem Röntgenologen und deren Heilung durch Radium, von S. Tonsey-New York. (J. Am. m. Assoc., 24. April 1915.) Verfasser veröffentlicht hier seine eigene Krankengeschichte. Als Folge von anhaltender Beschäftigung mit Rötgenstrahlen hatten sich an seinen Händen zahlreiche Wucherungen entwickelt, bei denen zwei Formen zu unterscheiden waren. Einige Tumoren präsensierten sich als erhabene, fast gestielte, gesund aussehende, fleischige Knollen mit einer schwarzpigmentierten Spitze. Die anderen, einige 30 an der Zahl, stellten sich als äußerst harte, schwarze Knoten dar, die nur wenig über die Haut hervorragten. Manche der kleineren Knötchen der letzteren Art zeigten gelegentliche spontane Explikation und narbige Verheilung; bei anderen entwickelte sich vielfach eine lang anhaltende Ulzeration. Im Jahre 1904 wurde eins der größeren Gewächse exzidiert und als nicht malign diagnostiziert. Im November 1914 fing T. an, die Tumoren einzeln mit Radium zu behandeln. Nach Abtragung der verhornten Masse wurde ein Glasrohr mit 20 mg Radium während 30 Minuten dicht an dem Tumor befestigt gehalten. Nach einer längeren Latenzperiode machte sich eine Reaktion bemerkbar, und im Laufe von etwa einem Monat verschwanden alle so behandelten Tumoren unter Hinterlassung einer gesunden Hautfläche. A. Philippi-Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster und seine Ansteckungsfähigkeit, von H. Dörge-Ulsteinsvik. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforeningen, 1914, Nr. 19.) Am 13. Juli besuchte eine 50jährige Frau eine gleichaltrige Freundin, die an Herpes zoster lumbalis sinister, der beinahe abgelaufen war, litt. Sie hielt sich da ungefähr drei Stunden auf, genoß Kaffee, Butterbrot u. a., kam aber nicht in direkte Berührung mit der Kranken. Am 15. Juli fing sie an zu kränkeln, wurde matt, schlaflos und bekam Schmerzen, besonders im

Digitized by Google

Unterleib. Dies dauerte die ganze Woche. Am 19. Juli merkte sie die ersten Bläschen, die am 23. Juli einen voll entwickelten Herpes zoster lumbalis sinister darboten.

W. Holland-Kristiania.

Zur Behandlung des Herpes zoster, von ALTHOFF-Allendorn i. W. (M. m. W., 1914, Nr. 36.) Gute Resultate hat Verfasser erzielt durch innerliche Gaben von Urotropin mit Aspirin ää 0,5 mit heißem Tee ter die gegeben und einem zweimal täglich zu wechselnden Verbande mit R. Thymol, Acid. carbol. liquef. ää 1,0, Vaselin alb. ad 100,0.

A. Philippi-Salzschlirf.

Herpes genitalis, von P. ROSTAINE-Paris. (M. Press. a. Circ., 22. April 1914.) Bringt nichts Neues.

H. Fendt-Wiesbaden.

Dermatolysis, Bericht über zwei Fälle, von W. W. CADBURG-Canton. (J. Am. m. Assoc., 12. Dezember 1914.) Verfasser berichtet unter Beifügung von Photogrammen über zwei Chinesen, bei denen diese Anomalie in sehr ausgeprägter Form vorhanden war. Der eine, ein 33jähriger Landwirt, gab an, daß die nunmehr von der Kopfschwarte in der Höhe der Augen bis auf die Schulter herab reichende Hautfalte bei der Geburt schon in der Ausdehnung von etwa 5 cm bestanden habe. Patient war auch mit reichlicher Fibromatosis behaftet. Bei dem anderen (20jährigen) Manne soll die Anomalie sich vor fünf Jahren entwickelt haben an der Stelle eines zehn Jahre zuvor bestandenen Abszesses; in diesem Fall ist die Haut am Hinterkopf in einer Ausdehnung von 10 cm in rundlicher Form abgelöst. Jeglicher Eingriff wurde verweigert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Erythema chronicum migrans, von W. KERL. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 28.) Das Leiden trat bei dem Kinde an der Brustwarze auf. Es zieht sich ein $^1/_2$ cm breiter schwach-roter Streifen von der Mamilla über den Thorax zur Achselhöhle und auf den Rücken.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Ätiologie und die Bedeutung des Erythema multiforme, von J. CIVALLERI-Faenza. (Gaz. degli osped. e delle Clin., 1914, Nr. 27.) Aus den vom Verfasser untersuchten Fällen geht hervor, daß eine Beziehung zwischen Erythema multiforme und Tuberkulose besteht. Für eine solche Beziehung spricht auch, meint er, die Tatsache, daß man durch die Intradermo-Tuberkulinreaktion einen erythematösen Knoten erzeugen kann, der im wesentlichen identisch mit dem typischen ist. Am häufigsten fand Verfasser in seinen Fällen tuberkulöse Erkrankungen der Atmungsorgane; in einem Fall lag eine Knochenhauttuberkulose, in einem anderen eine solche der Hals- und Bauchlymphdrüsen vor. Verfasser machte die Beobachtung, daß sich das Erythema multiforme in keinem Fall von ausgedehnter, vorgeschrittener Tuberkulose fand.

K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bei den im Felde stehenden Truppen, von ZIELER. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Z. kommt, im Gegensatz zu NEISSER, zu dem Schluß, daß die im Felde stehenden Geschlechtskranken mit akuten und ansteckenden Erscheinungen möglichst schnell der Etappe überwiesen und von hier zweckmäßig in große Spezialabteilungen abgeschoben werden sollen. Eine sachgemäße ambulante Behandlung bei der Truppe ist selbst für die Syphilis undurchführbar und daher zu widerraten.

E. Brinitzer-Altona.

Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von A. NEISSER. (D. m. W., 1915, Nr. 3.) Gegen die Nachfrage der Männer muß angekämpft werden durch sehr energische Warnungen und Mahnungen an die Mannschaften, enthaltsam zu sein und

Digitized by Google

namentlich durch die Aufklärung über die große Gefahr, die jeder Verkehr mit jeder Prostituierten mit sich bringt. Besonders muß der Ansicht entgegengetreten werden, daß die Enthaltsamkeit, selbst wenn sie schwer zu ertragen sei, schaden könnte. Es muß für eine möglichste Sanierung der Prostitution gesorgt werden, soweit es nicht gelingt, alle Prostituierten, deren man habhaft werden kann, durch Einsperren unschädlich zu machen. Diese Ausschaltungsmethode ist die wirksamste, da sich eine Sanierung mit Bezug auf die verbreitetste der Geschlechtskrankheiten, die Blennorrhoe, doch nicht erreichen läßt, und weil bei der ungeheuerlichen Besuchsziffer der einzelnen Frauenspersonen selbst eine tägliche ärztliche Untersuchung nicht zum Ziele führen würde — ganz abgesehen von der Unmöglichkeit, eine wirklich gute Untersuchung der Prostitution durchzuführen. Die Infektiosität der Puellae in bezug auf Syphilis könne man gewaltig herabdrücken, wenn man jede einzelne (mit Verzicht auf eine spezielle Diagnose) einer energischen Salvarsan-, eventuell in Kombination mit einer Hg-Kur unterwirft. Sollte sich wirklich eine noch nicht Syphilitische darunter befinden, so würde ihr die Behandlung sicher nicht schaden. Wenn man diese strengen Maßregeln nicht will, so muß man wenigstens nach dem Lesserschen Vorschlage den Truppen Prophylaktika und zwar Kondoms zur Verfügung stellen. Neisser hält nach wie vor, trotz der Einwände Zielers, daran fest, daß sich in der Mehrzahl der Syphilisfälle und in einer gewissen Zahl der Blennorrhoefälle eine ambulante Behandlung im Felde durchführen lasse. Es müßte allerdings mehr als bisher die im deutschen Heere vorhandene sehr erhebliche Zahl gut ausgebildeter Spezialärzte, die jetzt an inneren und chirurgischen Lazaretten Verwendung finden, für diese spezielle Aufgabe: Bekämpfung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten, ausgenutzt werden. E. Brinitzer-Altona.

Mundschleimhautentzündungen, von Williger. (Ther. d. Gegenw., 1914, Nr. 12.) W. weist auf die Wichtigkeit peinlicher, mechanischer Reinigung der Mundhöhle zur Verhütung der Stomatitis simplex sive catarrhalis, durch den mit Watte armierten Finger oder die Pinzette, hin. Als Desinfiziens kommt außer alkalischen Lösungen besonders Wasserstoffsuperoxyd in Betracht, dessen Konzentration jedoch nicht zu stark sein darf (ein Teelöffel Hydrogenium peroxydatum auf ein Glas warmen Wassers). Auch Kautabletten und Mundpastillen tun gute Dienste und verhindern speziell durch Anregung der Kautätigkeit die Entwicklung von Parotitis. Wertlos sind Kaliumchlorikumpräparate und Kamillentee. Die gleichen Vorschriften gelten für die Stomatitis ulcerosa und mercurialis, sowie die Vincentsche Angina, nur hat man in diesen Fällen die geschwürigen Stellen mit reinem Wasserstoffsuperoxyd zu reinigen und durch Nachspülen mit Wasser den gebildeten Schaum zu entfernen. Selbstverständlich ist Zahnstein zu entfernen. Wo die Erkrankung auf Spirochäteninfektion beruht, tut Salvarsan intravenös und lokal (in 10%iger Lösung) gute Dienste. Bei Stomatitis aphthosa sind alle scharf wirkenden Medikamente, selbst H_2O_2, kontraindiziert, hier sind Boraxlösungen am Platze, bei besonderer Schmerzhaftigkeit Anästhesintabletten. S. Levy-Hamburg.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Bemerkungen zu dem Aufsatz in Nr. 40 von A. Blaschko, von Buschke. (D. m. W., 1914, Nr. 43.) B. wendet sich gegen eine Bemerkung Blaschkos, daß man in nicht wenigen Städten die Geschlechtskranken aus den Krankenhäusern exmittiert habe, um Platz für die Verwundeten zu schaffen. Einmal wären, soweit Berlin in Frage kommt, die Abteilungen von selbst durch den Heereseintritt leer geworden, und dann wären diese von selbst freigewordenen Betten der Militärbehörde zur Benutzung für Geschlechtskranke zur Verfügung gestellt worden. Buschke ist gegen die von Neisser angeregte ambulatorische Behandlung der Geschlechtskranken im Felde, im eigenen Interesse der Kranken, im Interesse ihrer Kameraden und im Interesse der Zivilbevölkerung. Die speziali-

Digitized by Google

stisch geleiteten dermatologischen Abteilungen könnten nicht nur bei den Geschlechtskrankheiten, sondern auch bei den vielen Hauterkrankungen der Soldaten von großem Nutzen sein. Bei der Einschleppungsmöglichkeit seltener Hautkrankheiten wie Lepra, Favus, Rotz, Frambösie, Sporotrichose durch die zahlreichen Gefangenen verschiedenster Herkunft wäre eine konsultatorische Überwachung seitens dermatologischer Spezialisten zu empfehlen. E. Brinitzer-Altona.

Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Krieg und Frieden, von Touton-Wiesbaden. (B. kl. W., 1915, Nr. 1—4.) Ein historischer Überblick im besonderen über das Dirnenwesen im Kriege vom Altertum bis zur Neuzeit. Geschlechtstrieb und Geschlechtsleben im Kriege, Einfluß auf den Soldaten und die zurückgebliebene Bevölkerung. Die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in unserem Heer und in der Marine im Krieg und Frieden. — Prophylaxe und Therapie.

H. Vörner-Leipzig.

Krieg und Geschlechtskrankheiten, von Klausner-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 9.) Starke Zunahme als Folge der zahlreichen Einberufungen im August des vorigen Jahres. Einer großen Zahl von sekundärer Lues bei den eingelieferten Prostituierten entsprach die Zunahme von Primäraffekten bei der männlichen Zivilbevölkerung. Nach dem Abzug der Truppen zeigte sich auch eine Abnahme der männlichen Individuen. Mit der Errichtung großer Rekrutendepots ging auch ein erneutes Anwachsen der geschlechtskranken Personen einher. Gleichzeitig häufte sich die Infektion der Ehefrauen durch ihre aus dem Felde heimkehrenden Männer. Hierbei tritt die Krätze als typische Begleiterkrankung der Geschlechtskrankheiten hervor. Zum Schluß Prohibitivvorschläge.

H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

In der Londoner Dermatologischen Gesellschaft berichtete vor kurzem Major E. G. French vom militärärztlichen Corps über die in England und Frankreich hergestellten **Salvarsan-Ersatzmittel.** Er kommt zum Schlusse, daß diese, obwohl sie als chemisch identisch mit dem deutschen Präparate erklärt werden, dennoch giftiger seien. Unter 136 Injektionen von Kharsivan gaben 60% keine Reaktion, 27 leichte Reaktion (Kopfschmerz, Fieber, Erbrechen usw.), 13 schwerere Reaktionen. Bei 25 Neokharsivaninjektionen konstatierte er in 40% leichte und in 28% schwerere Reaktionen, ebenso unter 42 Novarsenobenzoleinspritzungen in 19% leichte und in 5% schwerere Reaktionen. Da er immerhin keine ganz schweren Zufälle beoabachtet hat, glaubt er die neuen Mittel für die Syphilistherapie empfehlen zu dürfen.

Assistenzarzt d. R. Dr. Gans — Schüler von Unna und Jacobi — wurde mit der Errichtung und Leitung des (3.) badischen Lazaretts für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bruchsal beauftragt. (Die beiden anderen Lazarette stehen unter Leitung der fachärztlichen Beiräte für Dermatologie beim XIV. A.-K. Prof. Bettmann-Heidelberg und Dr. Taege-Freiburg.)

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Oktober 1915 | Nr. 40 | Band 61

Aus der Universitätshautklinik zu Straßburg i. E. (Direktor: Prof. Dr. Wolff).

Über Argulan, ein neues organisches Quecksilberpräparat.

Von

Dr. med. Victor Mentberger, Assistenzarzt der Klinik.

Die Aufmerksamkeit der Syphilidologen ist in der letzten Zeit wieder in verstärktem Maße auf das Quecksilber gelenkt worden, da die übergroßen Erwartungen, die an die Ehrlichschen Präparate Salvarsan usw. geknüpft waren, sich nicht völlig erfüllt haben. Schon längst waren wir überzeugt, daß wir bei einer so wechselvollen Krankheit, wie es die Syphilis ist, auf keines der überhaupt in Betracht kommenden Heilmittel verzichten können, noch besser, wenn wir die besten davon kombinieren. Ehrlich sagt selbst, „daß es nicht nur notwendig ist, die Salvarsantherapie durch Quecksilberdarreichung zu unterstützen bzw. zu ergänzen, sondern es ist auch dringendster Wunsch, daß es gelingen möge, ein weiteres möglichst wirksames Hg-Präparat zu synthetisieren, weil dadurch der Kampf gegen die Syphilis auf das wirksamste unterstützt würde". Leider hat der zu frühe Tod des großen Forschers seine weiteren großzügigen Pläne vernichtet.

In der neueren Zeit stehen die organischen und namentlich die aromatischen Quecksilberverbindungen im Mittelpunkte des Interesses. Kolle, Rothermund und Peschic haben nun auf Grund der modernen Erfahrungen der Chemotherapie ein Präparat synthetisch hergestellt, welches nach Laboratoriumsversuchen und Beobachtungen am Menschen eine geringe Organotropie, daß heißt schwache Affinität zu den Organen und einen ausgesprochenen Parasitotropismus besitzen sollte.

Das Argulan, unter welcher Bezeichnung das neue Präparat von dem Sächsischen Serumwerk in Dresden abgegeben wird, stellt eine organische Quecksilberverbindung dar — das Dimethyl-Phenyl-Pyrazolon-Sulfamino-Quecksilber. Die Fabrik hatte uns bereitwilligst Proben zu unseren Versuchen zur Verfügung gestellt. Es läßt sich in seiner chemischen Konstitution am ehesten mit den wirksamen Antipyretika vergleichen, da bei dem Argulan das Hg-Molekül nicht an dem Benzolring oder an eine Kohlenstoffreihe, sondern mittels einer Sulfaminogruppe an dem Antipyrinring verankert ist. Das Argulan stellt einen

Digitized by Google

in Wasser unlöslichen weißen kristallinischen Körper dar, der einem Gehalt von 46,8 % Quecksilber entspricht und in einer Dericin-Lanolin-Suspension gebrauchsfertig abgegeben wird.

Die damit angestellten pharmakologischen Versuche haben ergeben, daß das Argulan auf pathogene Spirochäten, wie bei der Hühnerspirillose, Rückfallfieber und experimenteller Syphilis eine verhältnismäßig schnelle abtötende Wirkung ausübt. Nach Angabe der Autoren ist das Verhältnis der heilenden zur toxischen Dosis bei dem Argulan ein viel günstigeres als bei irgend einem anderen Quecksilberpräparat. Die schwerkranken, mit Rekurrens infizierten Mäuse vertragen mehr als die doppelte Menge der für gesunde Mäuse eruierten Dosis toxica und bleiben dauernd geheilt. Hühner zeigten keinerlei Vergiftungssymptome nach Einverleibung von 2 g pro Kilo Körpergewicht. Einige Hühner vertrugen auch Mengen von 3 g.

Das Argulan kommt in einer neuartigen, besonders gut durchkonstruierten Packung, welche ein schnelles und sicheres Arbeiten erlaubt, in den Handel. Die Argulan-Suspension ist genau dosiert und fertig zur Injektion in Spritzenröhrchen abgefüllt. Jedes Röhrchen enthält 0,3 g. Nach Angabe der Autoren soll die Verabfolgung von sechs Einzeldosen genügen, deshalb enthält die Schachtel sechs Röhrchen mit der dazugehörigen Kanüle (mit Mandrin versehen) und zwei Glasstempel zum Herausdrücken des Materials aus den Röhrchen. Das gläserne Spritzenröhrchen ist mit einer Metallkappe versehen. Im Inneren enthält die Glasampulle im vorderen Teile die Argulanmenge, die mit einem schwarzen Paraffinpfropf und einem Wattebausch verschlossen ist. Die Applikation geschieht intraglutäal. Die beigelegte Kanüle wird ausgekocht und nach vorhergehender Hautdesinfektion in den äußeren oberen Quadranten des Glutäus in üblicher Weise eingestochen. Dann entfernt man aus dem Spritzenröhrchen den Wattebausch, nimmt die Metallkappe ab und setzt das Spritzenröhrchen mit leichter drehender Bewegung in die Konusöffnung der Nadel fest ein. Die Injektion erfolgt durch Verschieben des schwarzen Paraffinpfropfens mit dem Glasstempel bis zum Konusende des Spritzenröhrchens. Hierdurch injiziert man die ganze Argulanmenge 0,3. Will man nicht die ganze Menge injizieren, schiebt man den Glasstempel nur nach Wunsch bis zu einem Teilstriche vor. Es ist vorteilhaft, das Präparat etwas vor der Injektion anzuwärmen, da es sich leichter vorschieben läßt, entweder durch vorsichtiges Durchziehen durch eine Bunsenflamme oder vermittels eines Reagenzglases im Wasserbade. Bei der Injektion ist ferner der Lesserschen Handgriff zu beachten. Man soll nur dann injizieren, wenn kein Blut aus der eingestoßenen Nadel quillt.

Digitized by Google

Die intramuskuläre (intraglutäale) Injektion geschieht in Intervallen von 3—6 Tagen, jedoch haben wir ohne Nachteil die Intervalle aus später angeführten Gründen gekürzt.

Über die Heilerfolge, die mit Argulan erzielt worden sind, liegen meines Wissens noch keine größeren Publikationen vor. Meine Untersuchungen fanden längere Zeit vor Kriegsbeginn statt. Nähere Angaben wurden zuerst von STANZIALE veröffentlicht. Die Anfangsdosis des Autors betrug 0,1 ccm der Emulsion, entsprechend 0,019 g Hg. Bei nachgewiesener Toleranz stieg er auf 0,4—0,5 ccm. Die zweite Injektion folgte der ersten nach Verlauf von 3—4 Tagen, dann wurden zwischen den Injektionen allmählich steigende Pausen bis zu 14 Tagen gemacht. Die größeren Dosen verursachten vorübergehende Schmerzen und Schwellungen, zuweilen auch Abszesse. Auch Allgemeinreaktionen in Gestalt von Temperaturerhöhungen und Stomatitis wurden beobachtet, sonst aber keine Quecksilberintoxikationen. STANZIALE berichtet auch über zwei Fälle von maligner Syphilis, bei welchen das Argulan gute Dienste geleistet hat, sowie über die günstige Beeinflussung lanzinierender Schmerzen bei Tabes durch das Präparat. Nach gutachtlichen Äußerungen, die in dem jeder Packung beigegebenen Orientierungsheft enthalten sind, berichtet EPSTEIN über günstige therapeutische Effekte. HAUCK glaubt das Argulan dem Kalomel als überlegen zu bezeichnen, während KLINGMÜLLER es nur den alten Präparaten gleichsetzen will. Alle Fälle, die PLAUT behandelt hat, reagierten prompt und ohne Nebenerscheinungen auf die Einspritzungen. Die syphilitischen Erscheinungen schwanden häufig schon nach der zweiten Einspritzung. RILLE, ROST und SCHREIBER betonen vor allem, daß die örtlichen Erscheinungen bezüglich Schmerzen sehr gering sind. Nennenswerte Infiltrate haben sie nur selten beobachtet. Ihre Erfahrungen sind kurz dahin zusammenzufassen, daß das Mittel auf alle sehr gut luetischen Manifestationen einwirkt. Die Spirochäten sind in den Effloreszenzen spätestens nach 2—3 Tagen nicht mehr nachweisbar bei gleichzeitiger prompter Rückbildung der syphilitischen Produkte. Die Versuche von A. MIBELLI ergaben, daß das Präparat antiluetische Eigenschaften (Parasitotropismus) besitzt, welche, wenn auch an Intensität von Zeit zu Zeit schwankend, doch bemerkenswert erscheinen. Mit diesen Eigenschaften ist nicht eine besondere Toxizität verknüpft, die geringer zu sein scheint als die anderer energischer auslösender Verbindungen mit gleichem Quecksilbergehalt.

Wir haben nun 30 Patienten, welche sich in den verschiedensten Stadien ihrer Syphilis befanden, der Argulanbehandlung unterworfen, und zwar wurden sie ausschließlich nur mit Argulan injiziert, so daß unsere Beobachtungen das Ergebnis der reinen Argulanwirkung darstellen.

Digitized by Google

Wie gesagt, befolgten wir die obige Applikationsweise, jedoch hatten wir in einigen Fällen die Intervalle gekürzt, wenn keine allgemeinen Nebenerscheinungen beobachtet wurden.

Im Gegensatz zu den Berichten der angeführten Autoren bemerkten wir eine große Schmerzhaftigkeit der Injektionen, welche auf keine Weise vermieden werden konnte. Die späteren Sendungen der Fabrik enthielten die Bemerkung, daß die Herstellung in chemischem Sinne etwas geändert sei. Wenn allerdings die Schmerzhaftigkeit der neueren Argulanpräparate etwas weniger hervortrat, übertraf sie noch immer die unserer üblichen Thymol-, Salizyl- oder Kalomelinjektionen. In der Hälfte der Fälle wurden bei beiden Präparaten kleinere oder größere Infiltrate beobachtet. In einem Falle trat Abszeßbildung ein, welche chirurgische Eröffnung erforderte. Die meisten Patienten beklagten sich, daß besonders die ersten Injektionen schmerzhaft seien, andere empfanden bei allen Injektionen die gleichen Schmerzen.

Dieser ungünstigen lokalen Einwirkung standen keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens gegenüber. Darm- und Nierenerscheinungen wurden niemals beobachtet. Albumen war in keinem Falle festgestellt worden. Fieber trat einmal auf, verschwand jedoch in kurzer Zeit. Über Kopfschmerzen, Mattigkeit usw. infolge der Spritzen wurde nicht Klage geführt. Hautausschläge wurden ebenfalls nicht beobachtet.

Da alle Patienten vor Beginn der Kur zahnärztlich untersucht und behandelt wurden, waren Munderscheinungen gering. Von den 30 Patienten wiesen nur sechs vorübergehende Stomatitis auf.

Was die kurativen Einwirkungen des Argulans auf die Spirochäten und die syphilitischen Effloreszenzen betrifft, so waren wir leider überrascht, Resultate verzeichnen zu müssen, welche nicht besser als die bisherigen Mittel waren, und die in keiner Weise mit den Ergebnissen der übrigen Autoren korrespondierten. In den Resultaten nach älterer und neuerer Argulansendung ergab sich kein Unterschied.

Die Einwirkung des Argulans auf die Spirochäten illustrieren folgende Krankengeschichten:

I. R. R., Artist, 25 Jahre alt, niemals ernstlich krank. Luetische Infektion Mitte Januar 1914. 14 Tage später kleines Geschwür am Frenulum. Aufnahme. Befund am 26. II. Sklerose im Sulcus coronarius, Polyskleradenitis. Spir.-Befund positiv. WR positiv. Pallidinreaktion negativ.

27. II. 1. Argulan 0,3 rechts, sehr schmerzhaft, so daß beim Gehen behindert.
28. II. Spir. +.
3. III. 2. Argulan 0,3 links, weniger schmerzhaft. Sklerose trockener.
4. 5. und 6. III. Spir. +.
7. III. 3. Argulan 0,3, keine Reaktion.
9. III. 4. Argulan 0,3, ohne Reaktion.

Digitized by Google

10. 11. und 12. III. Spir. noch +.

13. III. Spir. nicht mehr nachweisbar.

14. III. 5. Argulan 0,3. Sklerose beginnt sich zu überhäuten.

17. III. 6. Argulan 0,3. Sklerose im Heilstadium usw.

II. H. L., Metzger, 27 Jahre. Mitte Januar Tripper, 14 Tage später Geschwüre und Krätze. 8. II. Aufnahme.

8. III. Befund: Sklerose im Sulcus coronarius, Roseola, Polyskleradenitis, Angina specifica. WR im Blut und Lumbalpunktat positiv. Pallidinreaktion negativ. Zahlreiche Pallidae.

9. III. Argulan 0,3, ziemlich schmerzhaft.

10. III. Spir. +.

12. III. Argulan 0,3, recht schmerzhafte Injektion. Fieber 38.2 abends. Luetische Symptome nicht beeinflußt.

13. III. Fieberfrei. Spir. +.

14. III. Keine Spirochäten nachweisbar.

III. K. D., Ehefrau. Ein gesundes Kind, vom Mann infiziert. Seit sechs Monaten Geschwüre an den Genitalien.

12. III. Befund: Ulcera mollia, nässende Papeln, Polyskleradenitis, Roseola, Angina specifica, Leukoderm, außerdem klagt Patientin über heftige Kopfschmerzen und Mattigkeit. Spirochäten positiv, Streptobazillen positiv, WR im Blut und Lumbalpunktat positiv. Pallidinreaktion negativ.

13. III. 0,3 Argulan, äußerst schmerzhafte Injektion.

16. III. 0,3 Argulan, weniger schmerzhaft. Papeln und Ulzera unbeeinflußt.

18. III. Spir. noch +.

19. III. 0,3 Argulan, nicht schmerzhaft.

20. III. Spir. —. Streptobazillen —. (Bei gleichzeitiger täglicher Ätzung mit Karbolsäure.) WR +. Papeln trocknen ab usw.

Diese Krankengeschichten zeigten uns, daß im ersten Fall nach der vierten Injektion und ca. 14 Tage nach Beginn der Behandlung noch lebende Spirochäten vorhanden waren. Im zweiten Fall waren die Spirochäten nach der zweiten Injektion nicht mehr nachweisbar und vier Tage nach begonnener Behandlung. Im dritten Falle verschwanden die Spirochäten erst nach der zweiten Injektion.

In Übereinstimmung mit dem langsamen Einfluß auf die Spirochäten standen auch die Wirkungen auf die syphilitischen Effloreszenzen. Größtenteils begannen erst nach der dritten bis vierten Injektion die Primäraffekte abzutrocknen und sich zu überhäuten. Inguiniale Drüsenschwellung wurde überhaupt nicht beeinflußt. Nach vier Injektionen waren Exantheme geschwunden oder zumeist sehr deutlich im Rückgang begriffen. In zwei Fällen wurde jedesmal nach der zweiten Injektion eine deutliche HERXHEIMERsche Reaktion beobachtet.

Alle Fälle zeigten bei Beginn der Behandlung einen positiven Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion. Nur in einem von den 30 Fällen war die Reaktion zwei Tage nach der letzten sechsten Injektion negativ geworden.

Digitized by Google

Jedoch bietet ein Fall besonderes Interesse:

IV. A. C., Gießer, 25 Jahre alt. Letzter Verkehr sechs Monate vor der Aufnahme. Im Oktober 1913 kleines Bläschen auf dem Penis, das sich schnell vergrößerte. In Metz wurde diese Affektion als luetisch erklärt. Patient erhielt 30 Spritzen in den Rücken, worauf die Erscheinungen verschwanden. Anfang Dezember brach das Geschwür von neuem auf und bot bei der Aufnahme am 14. I. das Bild einer syphilitischen Schwiele — fünfmarkstückgroße, fest indurierte, granulierende Wundfläche auf dem Penisrücken (Lues maligna praecox). Außerdem bestand allgemeine Drüsenschwellung. Nach sechs Argulaninjektionen war das Geschwür fast ganz überhäutet. WR noch positiv. Vier Wochen darauf meldet sich Patient wiederum mit einem frühtertiären, serpiginösen Hautausschlag auf dem Rücken, Armen und Brust, welcher nach drei Salvarsaninjektionen und 30 Hg succininid.-Spritzen rasch zurückging.

Dieser Fall zeigte offensichtlich, daß die maligne Form der Syphilis bei diesem Patienten durch die Argulanbehandlung in ihrem Fortschreiten nicht aufgehalten wurde.

Zusammenfassend können wir erklären, daß die Schmerzhaftigkeit der Argulaninjektionen eine unangenehme Beigabe bedeutet und die Patienten schwer dazu zu bewegen sind, mehr als sechs Injektionen anzunehmen. Im allgemeinen müßte die Kur auf acht Spritzen verlängert werden. Außerdem wird die Argulanapplikation durch die Infiltratbildung eine stetig schwierigere. Die geringe Beeinflussung der Spirochäten und das langsame Einwirken auf die luetischen Effloreszenzen zeigt uns, daß das Argulan unsere bisherigen Quecksilberpräparate nicht übertrifft. Über eine Dauerwirkung können wir kein Urteil fällen, da der Kriegsausbruch eine weitere Beobachtung nicht mehr ermöglichte. Vielleicht gelingt es, bei der Herstellung des Argulans durch irgend eine Modifikation die Schmerzhaftigkeit weiter herabzusetzen, wie es bei den neueren Präparaten in gewissem Sinne schon erreicht war. Trotzdem bedeutet die Erfindung des Argulans eine weitere, nicht zu verachtende Bereicherung in unseren Mitteln gegen die Syphilis. Wegen seiner handlichen und vornehmen Ausstattung wird das Argulan gerade in der besseren Praxis wohl von Nutzen sein.

Literatur.

Kolle, Rothermundt, Dale, Experimentelle Untersuchungen über die therapeutische Wirkung verschiedener Quecksilberpräparate bei Spirochätenkrankheiten der Hühner. M. Kl., 1912, 2. — Kolle, Rothermundt, Peschic, Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. D. m. W., 1912, 34. — Rothermundt, Dale, Peschic, Das Quecksilber in der Therapie der Spirochäteninfektion auf Grund experimenteller Studien an Tieren. Zschr. f. Immunitätsf., Bd. 16, H. 2. — Abelin, Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. D. m. W., 1912, 39. — Kolle und Rothermundt, Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate. M. Kl., 1911, 21. — Merck, Jahresbericht 1913—1914. Orientierungsheft über Argulan des Sächsischen Serumwerkes in Dresden. — Stanzialè, Riforma med., 1913, 30. — A. Mibelli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1914, 2, S. 179.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Erythema exsudativum solare, von F. Šamberger-Prag. (5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte 1914.) In den durch die Sonnenstrahlen erzeugten Hautaffektionen (Hyperpigmentation, Entzündung, Hydroa aestivalis und Prurigo aestivalis) fügt Š. auf Grund einer Beobachtung von Erythema exsudativum multiforme im Gesicht und auf den Händen, das durch Sonnenstrahlen hervorgerufen worden war, auch diese klinische Einheit hinzu. — In der Haut existieren zwei Schutzvorrichtungen, die auf äußere Hautreize verschieden reagieren. Die erste Schutzvorrichtung wird durch das Blutgefäßsystem beherrscht; durch ihre Reizung entsteht die Entzündung; die andere Schutzvorrichtung steht unter der Herrschaft des Lymphgefäßsystems; durch ihre Reizung entstehen Hydroa und Prurigo aestivalis. Bei dem Falle mit Erythema exsudativum multiforme wurden beide Schutzvorrichtungen gereizt; die Haut war nach beiden Richtungen überempfindlich. Bei normalen Menschen reizen die Sonnenstrahlen nur das die Entzündung beherrschende System. G. Mühlstein-Prag.

Das Erythema nodosum, von C. Hegler. (Erg. d. inn. M., 1913, Bd. 12.) Auf Grund der Beobachtung von 45 Fällen und der Literatur gibt Verfasser eine kurze übersichtliche Monographie des Erythema nodosum; er versteht darunter eine wahrscheinlich infektiöse selbständige Allgemeinerkrankung, die mit dem Erythema exsudativum multiforme nichts zu tun hat. Zuerst bespricht Verfasser das klinische Bild; das Vorkommen auf Schleimhäuten muß als fraglich bezeichnet werden. Von gleichzeitigen Erkrankungen anderer Organe sind zunächst Anginen zu erwähnen, die öfters der Hauteruption um einige Tage vorausgehen. Von seiten des Herzens wurde manchmal eine Beteiligung des Endokards oder Myokards festgestellt, doch niemals ein Klappenfehler; erstere wurde meist nur in Fällen beobachtet, bei denen eine Angina vorangegangen war. Bemerkenswert ist die Kombination des Gelenkrheumatismus mit Erythema nodosum; aus allem geht aber nur hervor, daß das supponierte Virus des Erythema nodosum oftmals durch die Tonsillen eindringt und gewisse Verwandtschaftsbeziehungen zu dem des Gelenkrheumatismus aufweist, aber nicht mit ihm identisch ist. Was den Magendarmkanal betrifft, so liegen einige Beobachtungen vor, bei denen es zu einer Darminvagination kam, die durch eine Lokalisation des Erythema nodosum auf der Darmserosa bedingt sein mag. Im folgenden Kapitel wird die Differentialdiagnose eingehend erörtert.

Dann folgen die Beziehungen zu anderen Infektionskrankheiten. Das Erythema nodosum wurde bei einer Reihe von Krankheiten beobachtet, wie Diphtherie, Masern, Scharlach, Typhus, Blennorrhoe, Syphilis u. a. m. Es ist aber, besonders bei den zwei zuletzt genannten Krankheiten, sehr fraglich, ob es sich um ein echtes Erythema nodosum gehandelt hat oder nur um ein sekundäres. Sehr eingehend erörtert Verfasser die Frage der Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose. Aus den Ausführungen geht hervor, daß es nicht erwiesen, ja nicht einmal wahrscheinlich sei, daß das Erythema nodosum durch den Tuberkelbazillus oder seine Toxine hervorgerufen würde. Immerhin ist es auffallend, daß die Erkrankung oft von tuberkulösen Affektionen gefolgt wird, oder bei Tuberkulösen oder Tuberkulosebelasteten auftritt. Es ist aber nicht angängig, daß Erythema nodosum als Frühsymptom einer Tuberkulose zu bezeichnen oder eine besondere „ominöse" Form aufzustellen. Wahrscheinlich bestehen Wechselwirkungen zwischen beiden Erkrankungen insofern, als die eine den Boden für die andere vor-

Digitized by Google

bereiten kann. Kurz werden dann noch Histologie, Ätiologie und Pathogenese, Prognose und Therapie besprochen. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von Schumacher-M.-Gladbach. (Zschr. f. Tbc., 1913, Bd. 21, Heft 5.) Das Erythema nodosum ist in der Mehrzahl der Fälle eine idiopathische, dem Gelenkrheumatismus nahe verwandte, durch einen noch unbekannten Erreger verursachte Infektionskrankheit, deren Eingangspforte zumeist die Tonsillen sind. B. Junghanns-Dresden.

Erythema nodosum und tuberkulöse Septikämie, von Landouzy-Paris. (M. Press a. Circ., 3. Juni 1914.) Wenn es auch eine weitverbreitete Ansicht ist, daß Erythema nodosum meist auf tuberkulöser Basis ruht, so ist doch der bakteriologische Beweis hierfür noch nicht geliefert worden. Dies ist Landouzy gelungen, der bei einer Patientin mit tuberkulöser Septikämie und Erythema nodosum den Tuberkelbazillus in letzterem nachwies: er fand in einem Schnitt im Lumen eines Blutgefäßes einen typischen Tuberkelbazillus. Das angestellte Tierexperiment fiel ebenfalls positiv aus. Der Tuberkelbazillus kommt vielleicht nicht immer als Ursache des Erythema nodosum in Betracht, aber doch meistens. H. Fendt-Wiesbaden.

Das gemeinschaftliche Auftreten von Erythema nodosum und Tuberkulose, von O. H. Foerster-Milwaukee. (J. Am. m. Assoc., 10. Oktober 1914.) Nebst einem ziemlich ausgiebigen Auszug aus der Literatur bringt Verfasser einen kurzen Bericht über zwei Mädchen im Alter von 13 und 4 Jahren, welche im Anschluß an Masern Erythema nodosum entwickelten und dabei einige als tuberkulös zu deutende Erscheinungen darboten. Die Pirquetsche Reaktion konnte bei dem einen Fall ausgeführt werden, war aber nur mäßig ausgesprochen. A. Philippi-Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Zehn Jahre Scharlachstatistik, von Barasch. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Die Untersuchungen betreffen 1438 Fälle, vorwiegend Kinder, in der Zeit vom 1. Juli 1903 bis zum 1. Juli 1913. Die zahlreichen Mittel, die in diesen zehn Jahren empfohlen wurden, wurden auch am Urban-Krankenhause in Berlin nachgeprüft und als völlig wirkungslos befunden. Die Therapie im Urban-Krankenhause beschränkt sich lediglich auf Bäder, Diät und sorgsamste Pflege. E. Brinitzer-Altona.

Beitrag zur Statistik der Kinderkrankheiten Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Masern in Preußen in den Jahren 1901—1912, von Paul Neumann-Gelsenkirchen. (Zschr. f. Hyg., Bd. 78, H. 3.) Verfasser gelangt bei seinen Ausführungen zu folgender Zusammenfassung, soweit sie die für das dermatologische Gebiet in Betracht kommenden Scharlach und Masern betrifft: 1. Für alle vier Krankheiten macht sich in dem behandelten Zeitraum ein erfreulicher Rückgang in der Sterblichkeit bemerkbar; am stärksten ist er beim Scharlach. Trotzdem ist die Sterblichkeit immer noch recht erheblich. 2. An dem Rückgang der Sterblichkeit jeder Krankheit beteiligen sich sämtliche Altersklassen des Kindesalters. Am größten ist die prozentuale Abnahme bei Scharlach im ersten Lebensjahre, am geringsten im schulpflichtigen Alter. Bei Masern ist sie gerade in den ersten zwei Jahren, wo die meisten Opfer gefordert werden, am geringsten. 3. Der Anteil der einzelnen Altersklassen an der Scharlachmortalität hat in den zwölf Jahren abgenommen im vorschulpflichtigen Alter (bis zum fünften Lebensjahr), ist dagegen größer geworden im schulpflichtigen Alter und den höheren Altersklassen. 4. Auf die Lebenden der einzelnen Altersklassen kommen die meisten Todesfälle an Masern auf das zweite, die meisten an Scharlach auf das dritte Lebensjahr. 5. Von sämtlichen Gestorbenen jeder Altersklasse erliegen dem Scharlach die meisten im

Digitized by Google

Alter von 5—10 Jahren, den Masern im zweiten Lebensjahre. 6. Bei Scharlach und Masern überwiegt die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts. E. Klemm-Leipzig.

Die neueren Kenntnisse über die Ätiologie des Scharlachs, von E. Bertarelli. (Morgagni, 20. Februar 1915.) Verfasser bespricht die neueren Arbeiten über Scharlach. Die Ätiologie dieser Krankheit bleibt nach wie vor in Dunkel gehüllt; die modernen Erfahrungen sind eher geeignet, die Frage zu verwirren als zu klären. Sicher ist nur, daß das Scharlachvirus durch die Rachenschleimhaut eindringt; dort müssen daher die prophylaktischen Maßnahmen einsetzen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Bedeutung der Spindelbazillen in der Pathologie des Scharlachs, von W. N. Klimenko-Petersburg. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 5/6.) Verfasser weist nach, daß bei Scharlach und seinen Komplikationen der Spindelbazillus, der unter den Namen Bacillus fusiformis, hastilis oder B. Vincenti bekannt ist, überall zu finden ist, ohne daß seine Bakteriennatur sicher erwiesen ist. Die Versuche, ob tatsächlich der Spindelbazillus der eventuelle Erreger des Scharlachs ist, sind noch nicht abgeschlossen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse, von Hans Rehder. (D. Arch. f. kl. Med., 1914, Bd. 117, H. 1.) Verfasser hat die von Döhle beschriebenen, für Protozoen angesehenen und für pathognomonisch für Scharlach gehaltenen und deswegen Spirochaetae scarlatinae genannten Leukozyteneinschlüsse nachgeprüft. Er teilte alle vorkommenden Formen in ein Schema von sieben Klassen ein: 1. kleine runde, 2. kleine lange, 3. große runde, 4. große lange, 5. polymorphe, 6. gewundene Einschlüsse, 7. Trypochäten, welch letztere Bezeichnung er für das, was Döhle Spirochäte genannt hat (Gebilde mit mehreren kurzen, dicken Windungen, die in ein zartes dünnes Fädchen ausliefen und am Ende dann und wann ein kleines Klümpchen trugen), für passender hält. Die Klassen 1—3 hat er als atypische, 4—7 als typische Einschlüsse zusammengefaßt. Im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchern hat Verfasser die eigentlichen Trypochäten bei Scharlach häufig gefunden, bei einigen Fällen aber auch nicht, bei anderen nur während der ersten Krankheitswoche, in schweren Fällen zahlreicher als in den leichten, in den ersten Krankheitstagen häufiger als später. In seltenen Fällen anderer Krankheiten (Anginen, Typh. exanth., Pneumonie) fanden sich trypochätenähnliche Bilder. Im ganzen fand Verfasser typische Einschlüsse außer beim Scharlach mit ganz wenigen Ausnahmen bei anderen Krankheiten nicht, während atypische Einschlüsse bei fast allen fieberhaften Krankheiten vorkommen, am häufigsten bei der Tuberkulose, fast gar nicht hingegen bei gesunden, d. h. nicht fiebernden, keinen bakteriellen oder toxischen Einflüssen ausgesetzten Patienten. Verfasser glaubt den Schluß ziehen zu dürfen, daß Scharlach von Krankheiten, die mit ihm verwechselt werden könnten, durch das Leukozyteneinschlußbild mit ganz wenigen Ausnahmen unterschieden werden kann. Über die Natur der Einschlüsse kann sich Verfasser noch kein abschließendes Urteil bilden, möchte sich jedoch nicht rückhaltlos der Ansicht anschließen, daß die Trypochätenprotozoen und die übrigen Einschlüsse Reste von diesen sind. E. Klemm-Leipzig.

Über die Erkrankung der Nebennieren beim Scharlach, von A. Dutoit-Montreux. (Klin. ther. Wschr., 1915, Nr. 19/20.) Literarische Übersicht. O. Gans-Karlsruhe.

Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs, von Ernst Mössmer. (Diss.: Erlangen 1913.) 160 Fälle aus den letzten fünf Jahren. Die Nachkrankheiten halten sich in ihrer Eintrittszeit an bestimmte Termine. Sie treten fast nie vor dem zwölften Krankheitstag und spätestens in der siebenten Woche auf. Der Beginn der meisten Erkrankungen fällt auf die 3.—4. Woche; besonders auf den 19.—22. Tag.

Digitized by Google

Dieses gemeinsame Eintrittsgesetz ist ein Hauptbeweis für die Identität der Nachkrankheiten. Postskarlatinöses Fieber: zwei Fälle, die sich am 26. bzw. 34. Tage einstellten und drei bzw. vier Tage dauerten. Das Maximum der Temperatur betrug jedesmal 38,2° und wurde am zweiten bzw. dritten Tage erreicht. Beide Fälle, die primär sehr stürmisch verliefen, weisen sonst in ihrem Verlauf keine Nachkrankheiten auf und genasen. Das Intervall zwischen primärem Scharlach und Einsetzen des Fiebers war beide Male symptomlos. Der eine der Fälle scheint für die Bauersche Theorie zu sprechen, wonach es sich beim postskarlatinösen Fieber um Toxine handelt, die im Darm, bzw. vom Darm aus wirken, durch Lähmung der Nervenganglien die Peristaltik herabsetzen und so Kotstauungen und Resorption giftiger Substanzen bewirken. Dieser Patient mußte bis zum Einsetzen des Fiebers stets klistiert werden. Auffallend ist, daß auch in vielen anderen Fällen geringe Temperaturerhöhungen und Obstipation einige Tage vorher oder während dieser Zeit zusammenfallen. — Lymphadenitis postscarlatinosa: Unter den 160 Fällen trat diese Komplikation in reiner Form ohne gleichzeitige andere Veränderungen im Organismus oder doch derart, daß sie unter den anderen Erscheinungen am meisten hervorstach, in 13 Fällen auf. Aus zwei näher beschriebenen und den übrigen Fällen ergibt sich die wichtige Tatsache, daß sich an die Lymphadenitis nie eine ernstliche oder auch nur deutlich in die Erscheinung tretende leichte Erkrankung anschloß, vor allem keine Nephritis, nicht einmal Albuminurie. Es macht ganz den Eindruck, daß die Lymphadenitis der allerletzte Angriff ist, den der Scharlach gegen den Organismus ausführt. Dies hält Verfasser für prognostisch wertvoll, indem man sagen könnte, daß eine als Nachkrankheit auftretende Lymphadenitis — mag der primäre Scharlach schwer oder leicht gewesen sein — stets einen günstigen Ausgang der ganzen Erkrankung voraussagen läßt. Der Eintritt, der in drei Fällen allmählich, in den übrigen zehn Fällen plötzlich geschah, fiel auf den 12. bis 33. Krankheitstag, der 19.—25. ist dabei in sieben Fällen vertreten. — Angina postscarlatinosa: in 18 Fällen = 11,25% traten in der Zeit, wo sich auch die anderen Nachkrankheiten einzustellen pflegen, eine erneute Schwellung und Rötung der Rachenorgane teilweise mit Schwellung der Halslymphdrüsen auf, wie man sie beim primären Scharlach zu sehen bekommt. Der Eintritt geschah gewöhnlich plötzlich aus dem besten Wohlbefinden heraus, und während der Erkrankung selbst war das Allgemeinbefinden einigemal stärker gestört. Die Eintrittszeit bewegte sich zwischen dem 16. bis 40. Tage; bevorzugt war der 18.—26. (neunmal), der 22. fünfmal. Die Verteilung auf die einzelnen Wochen gestaltet sich wie folgt: 2.—3. Woche: drei Fälle, 3.—4. Woche: sieben Fälle, 4.—5. Woche: fünf Fälle, 5.—6. Woche: drei Fälle. Die Fieberakme schwankt zwischen 38,2°—40,5°, meist um 39°. Die Dauer des Fiebers erstreckt sich zwischen 3—14 Tage. — Angina und Nephritis traten in fünf Fällen mit- bzw. hintereinander auf. In einem Falle stellte sich die Nephritis drei Tage vor der Angina ein, in den anderen Fällen folgte sie dieser. Zwei Beispiele zeigen, daß es für die Entstehung einer Angina mit Nephritis gleichgültig ist, ob der primäre Scharlach leicht oder schwer war. Die Anginen selbst sind bis auf zwei Fälle, die abszedierten, gut verlaufen. Ein Exitus nach Sepsis. — Nephritis postscarlatinosa: Die Eintrittszeit verteilt sich bei den 14 beobachteten Fällen wie folgt: 2.—3. Woche: viermal, 3. bis 4. Woche: sechsmal, 4.—5. Woche: einmal, 5.—6. Woche: dreimal. In mehr als der Hälfte (achtmal) war es der 20.—24. Tag. — Von seltenen Nachkrankheiten kamen zwei Herzerkrankungen vor, ein Fall von Erkrankung der Gelenke. In diesem Falle haben die Gelenkaffektionen nicht weniger als 80 Tage mit einer ungemeinen Heftigkeit und Hartnäckigkeit bestanden. Auffallend ist, daß das Herz freiblieb. Der Fall beweist, daß die Synovitis postscarlatinosa selbst bei den schwersten Er-

Digitized by Google

scheinungen prognostisch sowohl für die beim Rheumatismus gewöhnlich in Mitleidenschaft gezogenen Organe, als auch für die ergriffenen Gelenke selbst günstig zu beurteilen ist. — Zweites Exanthem: Es wird in der Literatur auf die Seltenheit des Symptoms bei Scharlach hingewiesen. Das kann auf Grund der Nürnberger Erfahrungen nicht gesagt werden, denn es kam sechsmal ein zweites, einmal sogar ein drittes Exanthem vor. Bemerkenswert ist die Eintrittszeit des zweiten Exanthems. Der früheste Termin war der 14. Tag, der späteste der 23. Tag. — Unter den Gesamtfällen trat 47 mal = in 29,37% irgend eine Nachkrankheit auf. Davon wieder 38,17% (21 mal) in der vierten Woche. Die Mortalität der Nachkrankheiten ist gering: zwei Exitus an Sepsis von eitrigen Tonsillen aus. F. Loeb-München.

Etwas über die klinische Diagnostik bei Skarlatina, von J. Tillgren. (Svenska Läkaresällskapets Förhandlingar, 5. Mai 1914.) Verfasser geht kritisch die bisher bekannten Momente in der Differentialdiagnose durch und lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf die Döhleschen Zelleinschlüsse. Bei der Erwähnung der hämorrhagischen Natur des Scharlachausschlags kommt er auch auf das Rumpel-Leadesche Symptom zu sprechen. Um festzustellen, ob eine gesteigerte Brüchigkeit der roten Blutkörperchen eine Rolle dabei spielt, untersuchte er deren Resistenz gegenüber hypotonen Salzlösungen; dies Verhältnis zeigte sich aber immer ganz normal. Auch mikroskopische Untersuchungen von Hautschnitten zeigten die Scharlachexsudation als eine hämorrhagische: übrigens erwies sie sich als eine gewöhnliche Entzündung mit ausgedehnten Gefäßen und Flüssigkeitsräumen und ausgewanderten Leukozyten um die Follikel herum. Bei diesen entstehen auch die charakteristischen Vesikeln durch Auflockerung des Epithels, die, wenn sie größere Proportionen annehmen, die Miliaria bei Scharlach bilden und gewöhnlich zum Entstehen größerer Abschuppungen beitragen. Gleichzeitig mit der Abschuppung entsteht in der Matrix der Nägel eine Ernährungsstörung, die sich durch eine Furche im Nagel (an den Händen wie den Füßen), wenn dieser hervorwächst äußert (Ferrs Scharlachlinie). Diese Linie ist bei kleinen Kindern und nach schwachem Exanthem nicht so deutlich. W. Holland-Kristiania.

Über Schwankungen der Serumkonzentration bei Skarlatina, von Kaiser und Löwy-Prag. (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 116, H. 1 u. 2.) Bei einer Reihe von Fällen von Skarlatina ohne Komplikation finden sich während des Krankheitsverlaufes keine nennenswerten Schwankungen des Brechungsindex des Serums, während bei einer anderen Reihe eine Erhöhung der Serumrefraktion im Stadium der Schuppung vorhanden ist. Bei dem zur Beobachtung gelangten Falle von Nephritis und von Albuminurie konnte vor dem Auftreten von Eiweiß im Harn eine Zunahme der Serumkonzentration gefunden werden. Nach Ablauf eine Pneumonie, bei Eintritt von Gelenkschmerzen, bei einer Mitralklappenaffektion und bei Auftreten multipler Abszesse stieg die Serumrefraktion, vielleicht teilweise bedingt durch die Vermehrung von im Blute in erhöhter Zahl kreisender, toxischer Produkte. Eine praktische Bedeutung kann der Bestimmung der Serumrefraktion bei Skarlatina wegen der auch bei unkomplizierten Fällen auftretenden Schwankungen des Brechungsindex nicht zukommen. F. John-Leipzig.

Scharlachbehandlung mit Humanserum und Serumlipoide, von Werner Schulz-Charlottenburg-Westend. (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 115, H. 5 u. 6.) Verfasser hat in Anbetracht der Heilwirkung des menschlichen Serums in den ersten Tagen der akuten Scharlachinfektion Versuche darüber angestellt, inwieweit der Gehalt von Humanserum an Lipoiden die therapeutischen Erfolge erklärt. Er hat deshalb sieben Scharlachkranken Ätherserumextrakte injiziert. Während bei den früheren mit menschlichem Serum behandelten Fällen die Temperatur in wenigen Stunden in kritischer Weise absank und dann sehr häufig annähernd oder ganz normal blieb bei gleich-

Digitized by Google

zeitigem raschem Rückgang des Exanthems, weichen die Kurven der mit Ätherextraktsuspension von Humanserum injizierten Fälle von denen unbehandelter Fälle kaum wesentlich ab. Die Temperaturkurve wurde entweder nicht sichtbar beeinflußt, oder es traten Senkungen der Temperatur mäßigen Grades auf, wie sie an jedem symptomatisch behandelten Scharlachfieber häufig zu konstatieren sind. Aus diesen therapeutischen Versuchen ist also der Schluß zu ziehen, daß die entfiebernde Wirkung des Humanserums bei der akuten Scharlachinfektion nicht in seinem in der Kälte extrahierbaren Lipoidgehalt darstellbar ist. F. John-Leipzig.

Die Diät beim Scharlach, von Brückner-Dresden. (Fortschr. d. M., Jahrgang nicht angegeben.) Nach kurzer Besprechung der Hypothesen über die Pathogenese der Scharlachnephritis spricht Verfasser die Ansicht aus, daß diese in einem viel zu innigen und gesetzmäßigen Zusammenhange mit dem Scharlach steht, als daß sie durch eine strenge Milchdiät verhindert werden könnte. Dagegen ist eine konsequente, durch drei Wochen durchgeführte Milchdarreichung für viele Patienten eine Qual. Deshalb ist Verfasser von der grundsätzlichen Milchdiät abgegangen und gibt diese nur bei schweren Anfangserscheinungen. Sonst bekommen die Kranken die gewöhnliche gemischte Krankenhauskost, wobei auf reichliche Wasserzufuhr geachtet wird. Seit Einführung dieser Methode sind die Scharlachnephritiden ungefähr in der gleichen Häufigkeit aufgetreten wie früher bei reiner Milchdiät. R. Frühwald-Leipzig.

Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung, von Koch. (D. m. W., 1915 Nr. 13.) In dieser Arbeit widerspricht K. der von Barasch vertretenen Ansicht, daß man bei der Scharlachbehandlung mit Pflege und Diät ebensoweit komme wie mit anderen Mitteln (D. m. W., 1915, S. 4). Der hohen Mortalitätsziffer von Barasch (15%) steht eine Mortalität von 1,1% gegenüber. K. schreibt seine guten Erfolge der Therapie mit Rekonvaleszentenserum zu. Es ist notwendig, große Serummengen zu nehmen, bei ganz kleinen Kindern 50 ccm, sonst mindestens 100 ccm. Es wird intravenös infundiert. E. Brinitzer-Altona.

128 Scharlachfälle behandelt mit Vakzine und nach der Methode von Milne, von E. C. Schultze und L. A. Goldberger-New York. (M. Record, 1914, Nr. 21.) Die Verfasser haben bei Behandlung von Scharlachkranken mit der Vakzine des von Sch. aus dem Nasenrachenschleim von Scharlachkranken im Jahre 1910 isolierten Mikrokokkus „S" mit Unterstützung durch eine äußerliche Behandlung von 10%iger Lösung von Karbolsäure in Öl nach Milne so gute Ergebnisse gehabt, daß sie glauben, in nicht zu ferner Zukunft mit dem Mikrokokkus „S"-Vakzin die allzugroße Sterblichkeit des Scharlachs zu verringern. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Einige Versuche mit Bakterienvakzinen bei Scharlach, von G. L. Kiefer und N. L. Febry-Detroit-Mich. (M. Record, 1914, Nr. 21.) Auf Grund ihrer Versuche kommen die Verfasser zu dem Schlusse, daß es notwendig und auch berechtigt ist, an einer größeren Versuchsreihe zu prüfen, ob das Mikrokokkus „S"-Vakzin Schultzes pathogene Eigenschaften spezifischer Natur hat oder nicht. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Die Methode von Milne bei Scharlach und Masern. (Morgagni, 3. September 1914.) Die Methode von Milne besteht in folgendem: der Kranke wird in den ersten vier Tagen früh und abends vom Scheitel bis zur Sohle mit Eukalyptusöl eingerieben; vom 5.—10. Tage erfolgen die Einreibungen nur einmal täglich. Gleichzeitig wird am ersten Tage zweistündlich, später seltener, der Pharynx und die Tonsillen mit einem in Fenchelöl getauchten Wattetupfer ausgewischt. Bei Masern müssen auch die Koplikschen Flecken betupft werden. Da nach Milnes Angaben ein so behandeltes Kind nicht isoliert

Digitized by Google

zu werden braucht, hat die Methode große Gegnerschaft gefunden. Manche Verfasser haben über gute Resultate berichtet; allerdings haben sie teilweise die Kranken isoliert.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlungsmethode der Masern und des Scharlachs von Milne. (Monde méd., 15. Juni 1914.) Sie besteht aus drei Maßnahmen: 1. der Bepinselung des Gaumens nnd Rachens mit 10%igem Karbolöl, bei Scharlach am ersten Tage alle zwei Stunden, bei Masern weniger, 2. aus Einreibungen des ganzen Körpers mit reiner Eukalyptusessenz früh und abends in den ersten vier Tagen der Krankheit, dann einmal am Tage, und 3. in einer Inhalation von Eukalyptusessenz, welche auf ein über Kopf und Brust aufgehängtes, bis aufs Bett reichendes Stück Gaze von Zeit zu Zeit aufgespritzt wird, um hier zu verdunsten.

H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung des Scharlachs, von K. Preisich-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 2.) Das Marmorekscbe Streptokokkenantitoxin ist bei Scharlach entschieden schädlich. Von den übrigen Streptokokkenantitoxinen kann in bestem Falle nur gesagt werden, daß sie unschädlich und unwirksam sind. Scharlach ist keine von einer Streptokokkenart hervorgerufene Krankheit. Verfasser begründet diese Ansicht mit folgendem: 1. im Kehlkopfprozeß können Streptokokken immer gefunden werden. Es gibt ja keinen gesunden Menschen, in dessen Munde sie nicht vorhanden sind. 2. Das Züchten der Streptokokken als dem Blute der Scharlachkranken gelingt nach seinen eigenen Untersuchungen nur in schweren septischen Fällen und niemals in den durch ihn als rein und nicht kombiniert infektiös bezeichneten Fällen. Diese machen 50% der Fälle auch bei Epidemien schwerer Natur aus. Bei Epidemien milderen Charakters steigen die reinen, nicht gemischt infektiösen Fälle auf 70% und noch mehr. 3. Aus dem Blute der an Scharlach Verstorbenen können die Streptokokken nicht gezüchtet werden. Es ist wohl wahr, daß sie in wenigen Fällen fehlen, aber dies beweist, daß der Scharlach zumeist durch die Mischinfektion schwer und tödlich wird. 4. Scharlach ist eine im größten Maße Immunität hervorrufende Infektionskrankheit. Dagegen machen die Streptokokkenerkrankungen das Individuum neueren Streptokokkenerkrankungen gegenüber empfänglich; das wissen wir von Erysipelas, Phlegmone, Kindbettsfieber. Keine von diesen Erkrankungen läßt nach ihrer Heilung Immunität zurück. In Fällen von Streptokokkeninfektionen figuriert das Bakterientoxin als Übel zweiter Ordnung, und doch will man mit antitoxischem Serum eine Wirkung erzielen. Scharlach mit stürmischem Verlauf beginnt mit hohem Fieber und zieht unter Symptomen der Erkrankungen des Herzens und des Nervensystems den Tod herbei. Die Krankheit pflegt 2—5 Tage zu dauern. Der Sektionsbefund ist: akute Milzgedunsenheit und trübe Gedunsenheit der parenchymatösen Organe. Im Blute Streptokokken nachzuweisen, ist nicht gelungen. Der Verlauf ist wie bei einem rasch wirkenden Toxin. Dies kann eher der Konstitution des Individuums zur Last geschrieben werden. Ein solcher Verlauf kann bei pastösen, beleibten, schwachmuskeligen, unrichtig genährten oder physisch und bezüglich des Nervensystems erschöpften Individuen beobachtet werden. Die zweite Gruppe hat einen kurzen Verlauf. Schwere Rachenveränderungen; auch die Schleimhaut der Rachengänge ist stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Lymphdrüsen sind entzündet. Der Sektionsbefund spricht für Streptokokkensepsis. Es ist gerade nicht selten, daß sich nach dem Nachlassen der typischen Erscheinungen der schwerere Rachenprozeß mit allen seinen Folgen einstellt. Auch die reinen, nicht komplizierten Scharlachfälle richten Individuen von schwacher Konstitution zugrunde. Durch Streptokokkeninfektion erschwerte Fälle töten nach der Konstitution der Fälle rascher oder langsamer. Typisch sind solche Fälle, die nur mit Ausschlägen, entsprechender Schleimhautröte, unwesentlicher oder ausgeprägter Schleimhautgedunsenheit mit entsprechendem

Digitized by Google

follikulärem oder lakunärem Niederschlag der Hypersekretion der Tonsillen, manchmal absolut ohne Rachensymptom mit 1—3—5 Tage anhaltendem, manchmal hohem, ein andermal niedrigem Fieber, zumeist mit kritischer Temperaturabnahme verlaufen. Von den Komplikationen stört höchstens die Nierenentzündung die Rekonvaleszenz. Zur Zeit milder Epidemien pflegt die Zahl der von der pyogenen Mitwirkung der Streptokokken freien Fälle auf 50—60% zu kommen. Bei schweren Epidemien verläuft reiner Scharlach ganz rasch; in 2—4% ohne Streptokokkeninfektion in sehr kurzer Zeit, oft ehe der Arzt zum Kranken kommt. Deshalb kann reiner Scharlach nicht als schwere Erkrankung angesehen werden. Das ist das Resultat der bei vielen Epidemien gemachten Erfahrungen. Zu einer mörderischen Krankheit macht den Scharlach die pyogene Zugesellung der Streptokokken. Nach der Natur der Epidemie erfolgt diese Zugesellung in 10—50%. In einzelnen Epidemien aber figuriert neben den Streptokokken oder ohne diese ein anderer Mikroorganismus in mehr oder weniger Fällen als komplizierende Infektion. Staphylokokken, Pneumokokken, Krankenerreger der Diphtherie, eventuell Influenza oder Polyarthritis oder Endokarditis. In solcher Weise geben die sich zugesellenden Infektionen den Charakter der Epidemie. Man hat bezüglich der Diät und der Pflege besondere Maßregeln zu treffen, die gegen die Folgeerkrankung, die Nierenentzündung, gerichtet sein müssen. Diese Maßregeln findet Verfasser für ebenso wichtig, wenn nicht für wichtiger; die Patienten müssen in solche Umgebung kommen, die medizinisch als rein angesehen werden kann. Sie müssen tadellos rein gehalten werden, und mit ihnen sollen nur solche Individuen in Berührung kommen, die sie vom Gesichtspunkte einer neueren oder gemischten Infektion nicht gefährden. Wenn Scharlach ein Individuum von geringer Widerstandsfähigkeit befällt, muß man mit den bekannten Exzitantien, Cardiaca, tonisierenden Mitteln in den Kampf ziehen. Nach Baginsky ist das Rekonvaleszentenserum von geringer Wirksamkeit. Dieser Mangel kann durch die Quantität des Serums einigermaßen ersetzt werden, um so eher, da humanes Blutserum Serumerkrankungen weniger hervorruft. Nur gegen jene Krankheitserscheinungen kann man auf Wirkung rechnen, die zum antiskarlatinöse Immunität schaffenden Prozeß führen. Dazu gehören nicht die schwereren Rachenerkrankungen, die mit anhaltenderen Fiebern einhergehenden Gelenkentzündungen, sonstige Eiterungen, kurz Komplikationen. Auf Wirkung kann man aber bei reinen Scharlachfällen rechnen. Dies rechtfertigen die Versuche des Verfassers. Reiner Scharlach ist eine milde Erkrankung, die auch ohne jede Einmengung rasch verläuft. In seltenen Fällen wird auch ein reiner Scharlach schwer, wenn der Organismus des angegriffenen Individuums auch einen schwächeren Angriff nicht verträgt; in solchen Fällen kann das Rekonvaleszentenserum eine gute Wirkung haben, vorausgesetzt, daß es zur Zeit angewendet wird, wenn das Scharlachtoxin die Herzmuskulatur und das Nervensystem nocht nicht irrparabel zugrunde gerichtet hat. In Verbindung mit dem Serum bleiben die exzitierenden, tonisierenden und sonstigen Heilmittel indiziert. Auch in den gemischt infizierten Scharlachfällen kann das Rekonvaleszentenserum mit günstiger Wirkung angewendet werden, solange der Scharlach in der Entwicklung oder in Blüte steht; denn der Organismus wird durch das Serum mit fertigen Gegenstoffen unterstützt; aber nur gegen den Scharlach, während der Verlauf der Krankheit, soweit er durch die Koinfektion hervorgerufen ist, nicht beeinflußt wird. Das Rekonvaleszentenserum kann ein Beförderer der Syphilis oder der Tuberkulose sein. Positiver Wassermann kann in Scharlachfällen vorkommen. Negativer Pirquet wird bei größeren Kindern vergebens gesucht. Das Positivsein bedeutet bei weitem nicht, daß in dem Blute des Individuums Tuberkel sind; es genügt die eingehende Untersuchung, die den Verdacht von Syphilis und Tuberkulose ausschließt. Bei anämischen Individuen machte Verfasser Venaesektion.

Digitized by Google

In solchem Blutserum sind auch den Blutdruck steigernde Stoffe enthalten, was auf den niedrigen Blutdruck schwer Erkrankter nur vorteilhaft sein kann. Zu Injektionen benutzt Verfasssr 10—20 ccm Serum auf einmal, und er wiederholt diese Dose binnen 24—48 Stunden. Der Pulsschlag des Patienten hat sich nachher sehr oft gebessert. Zwecklos ist das Serum, wenn der Patient über das akute Stadium schon hinaus ist. Gegen die Erscheinungen der Streptokokkeninfektion versuchte Verfasser das Argentum colloidale, das Elektralgol, aber er gab es bald wieder auf. Ebenso ging es mit Chinin und seinen Präparaten. Verfasser machte auch einen Versuch mit intravenösen Einspritzungen bei Erwachsenen. Auch das Eggersche Korrosol benutzte er bei Kindern intramuskulär; manchmal wurde man vom Heilmittel ganz und gar im Stich gelassen. Verfasser hatte auch Fälle, in denen er nachher auffallend rasche Heilung konstatieren konnte; aus ihnen hat er genügend Erfahrungen mit Bezug darauf gesammelt, daß das Marmorekscbe Streptokokkenserum eher schadet als nützt; das Aronson-Serum ist ebenfalls ganz wirkungslos, und das Moser-Serum hat keine genügend schätzbare Wirkung; es ist keinesfalls ein Spezifikum gegen Scharlach. Ohne Wirkung blieben Hefenpilzpräparate. Verfasser machte auch Versuche mit Autovakzin und erreichte nur in einzelnen Fällen eine bemerkbare Wirkung. Die Sabritschewskysche Antiskarlatinvakzine hat Anhänger. Verfasser ist es gelungen, solche Vakzine anzuschaffen, die aus 60% getöteter Bouillonzüchtung von reinen Streptokokken besteht. In keinem einzigen Falle bekam man die Erscheinungen, die nach der ersten Anwendung erwartet werden konnten. Aber sehr schwerkrank ist ein Patient nach der zweiten Vakzination geworden, der früher der Möglichkeit einer Scharlachinfektion ausgesetzt war. Wenn ein Scharlachkranker z. B. gegen Maserninfektion sorgsam gehütet wird, so müßte man ihn vor allem gegen Streptokokken und alle sonstigen Infektionen schützen. Die nur an einer Krankheit Leidenden sollten von solchen abgesondert sein. Die eine Koinfektion erlitten haben und nur die nach unserem Wissen mit derselben Koinfektion Behafteten sollen zusammenkommen.

M. Porosz-Budapest.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan, von Lenzmann. (Ther. d. Gegenw., Juni 1914.) In dieser Arbeit berichtet L. über weitere 47 mit Salvarsan behandelte, genau beobachtete schwere Scharlachfälle und kommt zu dem Ergebnis, daß er das Salvarsan bei der Behandlung des Scharlachs nicht mehr missen möchte. Die Wirkung des Salvarsans zeigt stets etwas Typisches. Der immer wieder eintretende Erfolg einer Salvarsaninjektion ist ein Anstieg der Temperatur in den nächsten 2—4 Stunden, dem ein rasches Sinken folgt. Der Temperaturabfall erreicht den tiefsten Punkt nach 6—8 Stunden, dann steigt die Körperwärme wieder, erreicht aber die frühere Höhe nicht. Bei der zweiten Injektion wiederholt sich dasselbe Spiel, nur daß die Wirkung jetzt eine intensivere ist. Außerdem ist von allen Seiten bei der Behandlung mit Salvarsan eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine günstige Beeinflussung der Rachenaffektion beobachtet worden. Was die Behandlungsmethode betrifft, so beginnt L. stets mit 0,15 g Neosalvarsan. Wird diese Dosis gut vertragen, gibt L. nach zwölf Stunden die zweite Dosis, bei Erwachsenen eventuell 0,3 g. Mehr als 0,8 Neosalvarsan in drei Tagen wird selten verwandt werden müssen.

E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung des Scharlachs, von William C. Calhoun-New York, William Brady-Elmira und Harry B. Gudgel-Hazleton. (New York m. J., 4. Juli 1914.) Es sind dies drei Arbeiten, die als Folge eines Preisausschreibens bei der Redaktion des New York m. J. eingegangen sind und wovon der ersten der Preis von 25 Dollars als der besten zuerkannt wurde. C. betont in erster Linie, daß er Scharlachfieber als eine der gefährlichsten Infektionskrankheiten wegen der häufig damit verbundenen

Digitized by Google

Schädigung innerer Organe, besonders der Nieren, und daß er statt des Wortes Scharlach die Bezeichnung Scharlachfieber vorziehen würde, um die Gefährlichkeit des Leidens dem Publikum besser vor Augen zu halten. Bei leichten Fällen mit mäßigem Fieber und ohne offensichtliche Komplikationen empfiehlt C. jeden Morgen ein warmes Bad und ein bis zweimal täglich Abwaschung des ganzen Körpers mit lauem Wasser oder gleichen Teilen Wasser und Alkohol. Die schweren Formen von Scharlach sind zweierlei Art: jene mit Komplikationen von seiten des Herzens, der Nieren, des Mittelohres oder der Drüsen, und die bösartige Form, wo der Patient von Anfang an von dem Infektionsgift gleichsam überwältigt wird. Bei letzterer muß reichlich von Stimulantien Gebrauch gemacht werden, Strychnin in entsprechenden Dosen u. a. m. Brady erklärt, Asepsis von seiten des Arztes sei bei Scharlachfieber das Wichtigste, und wenn dieselbe ebenso befolgt würde wie bei chirurgischen Operationen, so würde es weit weniger Scharlach geben. Es sollten alle Absonderungen und die damit verunreinigte Wäsche des Kranken genügend desinfiziert oder zerstört werden, bevor sie aus dem Krankenraum herausgeschafft werden. Eine solche Vorsicht würde die schließliche Desinfektion oder Ausräucherung des Krankenraumes sicherlich unnötig machen, zumal die letztere nach den üblichen Methoden gar nicht imstande sei, die bekannten, in den Räumen vorhandenen Bakterien zu vernichten. Der Arzt soll einen eignen Übermantel und Gummihandschuhe tragen, wenn er den Scharlachkranken besucht. Derselbe müßte täglich ein warmes Bad bekommen, gegen das Juckgefühl gewöhnliches Öl oder noch besser 1%ige Karbollösung. Hexamethylentetramin in entsprechenden Dosen scheint B. ein gutes Vorbeugungsmittel gegen Haut- und Schleimhautkomplikationen. Gudgel betont die Wichtigkeit, von Beginn der Erkrankung an auf Nieren und Darm acht zu haben und 1—3mal täglich zu letzterem Zwecke hohe Einläufe von Kochsalzlösung zu machen. Gegen das Fieber sind kalte Waschungen oder Packungen am geeignetsten. Bei Erwachsenen sollten gegen drohende Komplikationen von seiten des Nasenrachenraumes häufiger als bisher Spülungen mit 2—4%iger Lösung einer der Silbereiweißlösungen ausgeführt werden; äußerlich ist die Applikation von heißen Breiumschlägen oder ähnlichen in allen solchen Fällen von großem unterstützenden Werte. In jedem Falle hält es G. für wichtig, den Patienten 2—3 Wochen, nachdem die Abschuppung völlig beendet ist, noch unter ärztlicher Aufsicht zu belassen. Alle Verfasser sind aber darin einig, daß strenge Isolierung und sorgsame hygienisch-diätetische Behandlung, die besonders in den ersten Wochen in flüssiger oder halbflüssiger Nahrung bestehen soll, die Angelpunkte der Scharlachtherapie bilden. M. Stern-München.

Verschiedenes.

In Toronto (Canada) wird unter Aufsicht der Universität ein als „Diarsenal" bezeichnetes Ersatzmittel für Salvarsan hergestellt.

Dr. William F. Braasch wurde Professor der Urologie an der University of Minnesota in Minneapolis, Minn.

Dr. Frederick Duvall Caruthers, gewesener Professor der Urologie am Maryland Medical College in Baltimore, ist gestorben.

Dr. Carlos John Finlay in Havana, welcher 1886 die Moskitotheorie des gelben Fiebers aufgestellt hat, ist am 20. August, 81 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Oktober 1915 | Nr. 41 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

Bei der entzündlichen Reaktion tritt in der Haut eine ganze Reihe von Veränderungen und Erscheinungen auf. Das Wesen der meisten derselben ist uns unbekannt. In dem ersten Teil meiner Studie bemühte ich mich nachzuweisen, daß das Wesen einer dieser Erscheinungen, des entzündlichen Exsudats, in der qualitativ und quantitativ veränderten Sekretion des Gewebssaftes beruht. Das Wesen der übrigen Symptome: der Gefäßdilatation, der Beschleunigung und nachträglichen Verlangsamung des Blutstroms, der Leukozytenanhäufung längs der Kapillarwände und des entzündlichen Infiltrats muß erst erforscht werden. Wir wissen, daß alle diese Erscheinungen zusammengehören, daß sie die Phasen einer Reaktion darstellen, die wir immer und bei einem jeden normalen Menschen durch Schädlichkeiten hervorrufen können, die eine Degeneration bis Nekrose des Plasmas der Gewebszellen bedingen. Aus diesem Grunde fassen wir auch alle diese Symptome zu der pathologisch-anatomischen Entität: Entzündung — Inflammatio zusammen. Die Entzündung ist demnach ein pathologisch-anatomischer Kollektivbegriff, eine Kollektivbezeichnung für eine ganze Reihe von Veränderungen und Erscheinungen im Gewebe. Diese Erscheinungen finden wir stets vollzählig im entzündeten Gewebe, aber nicht immer alle gleich intensiv entwickelt. Bald kommt die eine, bald die andere Veränderung mehr zur Geltung, und darum kann das pathologisch-anatomische Bild ein so buntes und veränderliches Bild darbieten.

Die lymphatische Reaktion besteht nur aus einem einzigen wesentlichen Symptom, i. e. aus dem Ödem des befallenen Gewebes. Das Wesen dieses Ödems ist die Ansammlung einer größeren Menge des Gewebssaftes und der Lymphe infolge plötzlicher Hypersekretion. Mit anderen Worten: dieses Ödem entsteht durch eine Änderung in der Sekretion des Gewebssaftes und der Lymphe im Sinne eines Plus. Demnach ist die lymphatische Reaktion pathologisch-anatomisch

Digitized by Google

eine Sekretionsanomalie der Lymphe. In Konsequenz dieser Erkenntnis müssen wir unser pathologisch-anatomisches System der Hautkrankheiten um diese Klasse erweitern und in dieselbe außer der Hypersekretion auch die Hyposekretion einreihen. Da es aber, wie wir im I. Teil gesagt haben, auch krankhafte Zustände in der Haut gibt, die durch einen erschwerten Abfluß der Lymphe aus einem bestimmten Gewebsbezirke der Haut bedingt sind, müssen wir außer der Anomaliae secretionis lymphae auch Anomaliae circulationis lymphae als eine besondere pathologisch-anatomische Gruppe anerkennen. Dies sei nur per parenthesin bemerkt. Für die vorliegende Studie ist nur der Schluß von Bedeutung, daß die Aufstellung einer neuen pathologisch-anatomischen Gruppe von Hautkrankheiten, der Anomaliae secretionis lymphae, notwendig und begründet ist, die wiederum in zwei Unterabteilungen a) Hypersekretion und b) Hyposekretion zerfällt.

In der vorliegenden Studie soll uns nur die Hypersekretion beschäftigen.

Wir wissen, daß die in der Haut sich abspielenden pathologisch-anatomischen Prozesse krankhafte Hautveränderungen hervorrufen, die wir als primäre Hauteffloreszenzen bezeichnen. Wir wollen nun sehen, welche Effloreszenzen die Entzündung und welche die Hypersekretion der Lymphe auf der Haut hervorzurufen imstande sind.

I. Entzündliche Effloreszenzen. Es wurde bereits oben gesagt, daß sich die Entzündung aus einer ganzen Reihe von im Hautgewebe sich abspielenden Erscheinungen zusammensetzt, die stets zugegen sind, aber nicht immer in der gleichen Intensität. Und darin liegt der Hauptgrund für die Buntheit und den Polymorphismus der primären entzündlichen Effloreszenzen.

1. Die Makula (eventuell eine größere entzündete Fläche) entsteht dann, wenn im Vordergrunde der pathologisch-anatomischen Entzündungssymptome die Dilatation der Blutgefäße und deren Überfüllung mit Blut steht. Dabei ist die Menge des Exsudats und Infiltrats so gering, daß sie die erkrankte Partie nicht über das Niveau der gesunden Umgebung emporzuheben vermag und höchstens nur diaskopisch sichtbar werden kann.

2. Die Papula und das Tuberkulum unterscheiden sich nur durch die Größe. Beide entstehen dann, wenn die Menge des Exsudats oder des Infiltrats oder beider zugleich so groß ist, daß sich das durchtränkte oder infiltrierte Gewebe über seine Umgebung erhebt.

3. Die Blase entsteht, wenn von den entzündlichen Erscheinungen die seröse Exsudation in den Vordergrund tritt und der Prozeß in den obersten Hautschichten lokalisiert ist. Aber auch da muß noch eine

Digitized by Google

doppelte Art der Entstehung dieser Effloreszenz unterschieden werden. Zunächst kann das entzündliche seröse Exsudat, wenn die Spitzen der Papillen ergriffen sind und die gesteigerte Sekretion des Gewebssaftes die Kapillaren des subepithelialen Netzes betrifft, entweder in die interepithelialen Lymphspalten eindringen und die Epidermiszellen auseinander drängen oder die Epidermis in ihrer ganzen Dicke von den Papillen abheben. Die Entstehung derartiger Blasen bezeichnen wir als mechanisch (Verdrängungsblasen). Ihre Entstehung wird erleichtert, wenn die gegenseitige Kohärenz der epidermoidalen Zellen oder die Kohärenz der Epidermis mit der Oberfläche der Papillen auf irgend eine Weise abnimmt. Darum sehen wir, daß auf schwitzenden Füßen viel leichter Blasen durch Schuhdruck entstehen als auf trockenen, nicht schwitzenden Füßen. Die mit Schweiß getränkte und durch ihn mazerierte Epidermis hat eine Einbuße an Kohärenz ihrer Zellen untereinander und mit der Oberfläche der Papillen erlitten und gibt daher dem durch die mechanische Dermatitis entstandenen serösen Exsudat leichter nach.

Zweitens kann bei einer Entzündung eine Blase dadurch entstehen, daß die die Entzündung hervorrufende Schädlichkeit die Zellen der Epidermis selbst befällt. Diese degenerieren, verfallen eventuell auch der Nekrose, und ihr Protoplasma, das eine andere Ernährung braucht, bewirkt eine Änderung in der Sekretion des Gewebssaftes, erzeugt ein entzündliches Exsudat, das es zu sich dirigiert. Auf diese Weise entstehen die sogenannten entzündlichen Degenerationsblasen. Gewiß können verschiedene Schädlichkeiten auch verschiedene Arten der Degeneration des Zellplasmas hervorrufen. Daher stammen die verschiedenen Formen der Degeneration der Epithelzellen bei den Degenerationsblasen, die man beschrieben hat: die ballonierende Degeneration, die Weigertsche Koagulationsnekrose, die kolliquative Degeneration, die Alteration cavitaire, die retikulierende Degeneration usw. Mag aber die entzündliche Blase auf diese oder jene Weise entstehen, stets muß das entzündliche Exsudat vorwiegend seröser Art sein und darf nur wenig leukozytäre Elemente enthalten.

4. Anderenfalls, wenn das entzündliche Exsudat viel Leukozyten enthält, entsteht jene entzündliche Effloreszenz, die wir als Pustula bezeichnen.

Sämtliche Entzündungssymptome richten sich, wie bereits im I. Teil gesagt wurde, nach den Bedürfnissen des geschädigten Zellprotoplasmas und daher auch nach der Art der Beschädigung, nach der Art der Degeneration und daher letzten Endes auch nach der Qualität der Schädlichkeit. Daher sehen wir, daß bei Entzündungen aus einer bestimmten Schädlichkeit — pyogene Mikroben — stets eine eitrige Entzündung ent-

Digitized by Google

steht, ein andermal aber eine vorwiegend seröse Exsudation eintritt, z. B. infolge exzessiver Temperaturen.

Ich bemerke nochmals, daß wir unter Entzündung eine ganze Reihe krankhafter Erscheinungen im Gewebe verstehen, die durchweg an der Bildung aller genannten entzündlichen Effloreszenzen teilnehmen, nur nicht immer alle mit gleicher Intensität. Da jede dieser Komponenten der klinischen Erscheinungsform der Entzündung ein besonderes Symptom verleiht, finden wir immer bei allen entzündlichen Effloreszenzen, mag es sich um eine Makula, Papula, Vesikula oder Pustula handeln, klinische Symptome, die aus allen jenen Erscheinungen hervorgegangen sind.

II. Effloreszenzen durch die lymphatische Reaktion, durch Hypersekretion von Lymphe. Die plötzliche Hypersekretion der Lymphe wird von einer einzigen pathologisch-anatomischen Erscheinung im Gewebe begleitet: von der ödematösen Durchtränkung, also einer Dilatation der Lymphkapillaren und Lymphspalten, und einer Überfüllung derselben mit Lymphe. Daher sind auch die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehenden klinischen Erscheinungsformen, die primären Effloreszenzen derselben, viel einfacher als jene der entzündlichen Reaktion, bei der sich, wie wir gesehen haben, eine ganze Reihe von Erscheinungen im Gewebe abspielt, deren jede in dem Bilde der Effloreszenz verschieden intensiv zur Geltung kommt. Bei der lymphatischen Reaktion kann sich nur die Menge der hypersezernierten Lymphe und die Lokalisation des Prozesses ändern. Daher kann auch die Zahl dieser klinischen Erscheinungsformen, also der primären Effloreszenzen, die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehen, nicht so groß sein wie bei der entzündlichen Reaktion.

Von den klinischen Morphen der lymphatischen Reaktion ist am bekanntesten die Urtika, die Urtikariaquaddel, eine typische, charakteristische Effloreszenz. Sie entsteht, wenn das lymphatische Ödem sich in der Pars reticularis corii etabliert. Je nach der Ausdehnug der erkrankten Partie und der Menge der hyperproduzierenden Lymphe ist sie entweder klein, linsen- bis erbsengroß, oder von größeren Dimensionen, nußgroß oder noch größer. Je größer sie ist, desto mehr greift auch das Ödem in die Tiefe. In exzessiven Fällen kann das Ödem die Größe eines Pfirsichs oder eines Eies erreichen; in solchen Fällen reicht es bis ins subkutane Bindegewebe. Dann spricht man aber nicht mehr von einer Quaddel, sondern einfach von einem akuten Ödem.

Über der Urtika erhebt sich, besonders oft bei der Urtikaria der Kinder, eine auf mechanische Weise entstandene Blase, ganz ähnlich wie die mechanische Abart der entzündlichen Blasen entsteht, also entweder durch Auseinanderdrängen der epidermoidalen Zellen voneinander oder

Digitized by Google

durch Abhebung der Epidermis von den Papillen durch die urtikarielle Flüssigkeit. Dies kann auf analoge Weise geschehen wie bei der Entzündung, also dann, wenn das Ödem außer der Pars reticularis corii auch die Papillen und eventuell auch die Epidermis ergriffen hat. Entwickelt sich aber das Ödem nur in den Papillen und in der Epidermis, ohne daß gleichzeitig auch die mittleren Schichten des Koriums mit ergriffen wären, dann entsteht eine auf ganz normaler, klinisch weder entzündlich noch urtikariell veränderter Basis sitzende Blase, die allerdings nur mechanisch entstanden ist. Degenerative Blasen, wie sie bei der Entzündung vorkommen können, sind bei der lymphatischen Reaktion unmöglich. Für diese Blasen, die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehen und die einer normalen, weder entzündlich, noch urtikariell veränderten Basis aufsitzen, gibt es noch keine klinische Bezeichnung. Ich schlage für sie die Bezeichnung Pemphigusblasen vor, weil sie, wie ich gleich näher auseinandersetzen werde, eine Hauterkrankung, den Pemphigus, ebenso charakterisieren, wie die Urtika die Urtikaria charakterisiert.

Aus der lymphatischen Reaktion können also folgende Hauteffloreszenzen hervorgehen:

1. das akute Hautödem,
2. die Urtica,
3. die Urtica bullosa,
4. die Bulla pemphigosa.

Alle diese Effloreszenzen sind klinische Erscheinungsformen ein und desselben pathologisch-anatomischen Prozesses. Die Verschiedenheit ihres Aussehens hängt nur davon ab, wieviel Gewebe von dem Ödem ergriffen ist, speziell wie tief dieses Ödem in die Haut eindringt. Wenn wir auf dem Standpunkt der Heidenheinschen Hypothese stehen, daß nämlich das lymphatische Ödem durch Hypersekretion des Endothels der Blutkapillaren entsteht, dann sehen wir, daß die Lagerung des lymphatischen Ödems und daher auch die aus ihm hervorgehenden klinischen Morphen im Einklang stehen mit unseren Kenntnissen von der Verästelung der Blutgefäße in der Haut respektive von dem dreifachen Gefäß- und Kapillargeflecht der Haut: dem subkutanen, dem subpapillären und dem subepithelialen.

Eine Pustel kann bei der lymphatischen Reaktion niemals entstehen; denn das Wesen dieser Reaktion beruht einzig und allein in der quantitativ, niemals aber in der qualitativ veränderten Sekretion des Gewebssaftes wie bei der entzündlichen Reaktion. Die aus der lymphatischen Reaktion hervorgegangene Blase kann sich zwar auch trüben, aber immer nur sekundär usw. dadurch, daß es entweder durch den Druck der Blasen-

Digitized by Google

flüssigkeit auf die Umgebung oder durch Sekundärinfektion mit Eiterkokken zu degenerativen Veränderungen des Plasmas der umgebenden Gewebszellen und auf diese Weise zu einer entzündlichen Reaktion mit allen ihren Folgeerscheinungen kommt.

Alle genannten Effloreszenzen, die ausschließlich Produkte des Ödems infolge Hypersekretion des Gewebssaftes darstellen, entbehren jene Symptome, um welche die aus dem entzündlichen Ödem hervorgehenden Effloreszenzen mehr besitzen. Man kann daher die klinischen Erscheinungsformen, die durch die entzündliche Reaktion hervorgegangen sind, von jenen ganz gut unterscheiden, die durch die lymphatische Reaktion bedingt sind, auch wenn einige derselben sich manchmal sehr ähnlich sind. Mit anderen Worten: es ist ganz gut möglich, gegebenenfalls aus dem Aussehen der Effloreszenzen eine pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Dieser Diagnosenstellung lege ich, wie ich seinerzeit in einer anderen Publikation dargelegt habe, große Bedeutung bei. Meine Hörer fordere ich immer auf, in einem jeden Falle die Krankheit zuerst pathologisch-anatomisch zu bestimmen. Wenn eine richtige pathologisch-anatomische Diagnose sonst keinen anderen Nutzen haben sollte, wird sie den Arzt wenigstens zu dem Versuch anspornen, den gegebenen Fall bis ins Detail zu untersuchen und sich zu hüten, per comparationem zu diagnostizieren, d. h. durch die übliche und oberflächliche Vergleichung des gegebenen Falles mit einem ähnlichen, den er etwa noch aus der Studienzeit im Gedächtnis hat. Der Arzt, der zuerst eine pathologisch-anatomische Diagnose stellt, kann z. B. niemals Hautsyphilis mit Karzinom verwechseln. Die Syphilis ist eine Entzündung, das Karzinom eine Neubildung. Die pathologisch-anatomischen Vorgänge sind bei beiden ganz verschieden; daher sind auch ihre klinischen Erscheinungsformen ganz verschieden. Jede der beiden Krankheiten verleiht je nach ihrer Natur der Hauteffloreszenz besondere Symptome, auf Grund deren man eben auf die Ursache der Effloreszenz, d. i. auf deren pathologisch-anatomische Grundlage, einen Rückschluß ziehen kann. Wenn sich der Arzt dieser Tatsache bewußt ist, wird er sich selbst durch eine noch so frappante Ähnlichkeit des karzinomatösen Geschwürs mit dem syphilitischen nicht beirren lassen. Daran ist es aber noch nicht genug. Wenn der Arzt in einem ihm unklaren Falle wenigstens eine pathologisch-anatomische Diagnose stellen kann, dann wird er sich über seinen Fall viel eher in einem Lehrbuch orientieren als jener, der eine derartige Analyse der Hautkrankheiten nicht gelernt hat.

Auch die Entzündung und die Hypersekretion der Lymphe verleihen ihren Effloreszenzen, wie bereits oben erwähnt wurde, so eigentümliche Charaktere, daß wir gegebenenfalls aus diesen Symptomen ganz gut

Digitized by Google

einen Schluß ziehen können auf die pathologisch-anatomische Natur dieser Effloreszenzen respektive in dem einen wie in dem anderen Fall eine richtige pathologisch-anatomische Diagnose stellen können.

Eine jede pathologisch-anatomische Gruppe enthält eine größere oder kleinere Anzahl in bestimmter Weise verlaufender, selbständiger klinischer Typen, eine größere oder kleinere Anzahl von Hautkrankheiten. Die Ordnung der einzelnen Gruppen konnte bis jetzt nicht nach einem einheitlichen Gesichtspunkt durchgeführt werden. Ja, nicht einmal innerhalb einer einzelnen Gruppe war die Gruppierung nach einem einheitlichen Prinzip möglich. Um dies an meinen zwei Gruppen zu beweisen, möchte ich daran erinnern, daß wir in der Gruppe der auf entzündlicher Basis beruhenden Hautkrankheiten mehrere Einteilungsprinzipien unterscheiden. Zunächst das ätiologische Moment. Nach diesem unterscheiden wir eine Dermatitis calorica, traumatica, erysipelatosa, scarlatinosa, variolosa, neurotica usw. Sodann das Lokalisationsprinzip: Akne, Follikulitis, Furunkulus, Impetigo, Ekthyma usw. Außerdem aber halten wir in dieser Gruppe noch an dem ältesten Einteilungsprinzip, i. e. der äußeren Form der Hauteffloreszenzen fest, und unterscheiden danach: Lichen ruber planus und acuminatus, Psoriasis, Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa usw.

In der Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae, Unterabteilung Hypersekretion, können wir uns auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nur an die äußere Form als Einteilungsmoment halten. Wir haben gesagt, daß die Hypersekretion der Lymphe auf der Haut dreierlei Effloreszenzen hervorrufen kann: a) das akute umfangreiche lymphatische Ödem, b) die Urtika, c) die Pemphigusblase. Wenn wir also diese Gruppe nach der äußeren Form der Effloreszenzen einteilen wollen, können wir die folgenden selbständigen klinischen Typen, die folgenden Hautkrankheiten, hierher zählen:

1. Das akute Quinckesche Ödem, das durch eine akute lymphatische Schwellung einer zirkumskripten pfirsichgroßen oder noch größeren Partie der Haut und des Unterhautbindegewebes charakterisiert ist.

2. Die Urtikaria, eine durch das Auftreten von Urtikariaquaddeln in der Haut charakterisierte Krankheit.

3. Den Pemphigus, eine Krankheit, die durch Pemphigusblasen charakterisiert ist, i. e. durch Blasen, die normaler, also weder entzündeter noch urtikarieller Haut aufsitzen.

Durch die bisherigen Erwägungen gelangten wir, wie man sieht, zur Aufstellung einer pathologisch-anatomischen Basis für Hautkrankheiten, die bisher in dem pathologisch-anatomischen System nicht untergebracht werden konnten. Daß der von uns eingeschlagene Weg richtig ist, geht

Digitized by Google

am besten daraus hervor, daß das aus dieser theoretischen Erwägung der pathologisch-anatomischen Veränderungen beim Pemphigus deduzierte Bild mit jenem Bilde genau übereinstimmt, das in den Lehrbüchern auf Grund der Autopsie, des direkten Studiums der histologischen Veränderungen der Krankheitsfälle selbst, entworfen wird. Ich zitiere z. B. wahllos aus dem Lehrbuche von Jarisch: „Mehr Übereinstimmung herrscht in dem Punkte, daß die Blasen von vorne herein einkammerig sind und daß mehr mechanische als degenerative Vorgänge bei ihrer Entwicklung im Spiele seien. Dafür spricht nicht nur der Umstand, daß an den einzelnen Retezellen wenigstens im Beginne der Blasenbildung keinerlei Degenerationserscheinungen vorliegen, sondern auch die Angabe vieler Autoren, welche den Sitz der Blasen in die Epidermis selbst verlegen, daß der Blasengrund zumeist von einem längsfächerigen Bau sei, d. h. die Retezellen offenbar infolge mechanischer Kräfte in die Länge gezogen erscheinen. Auffällige Veränderungen zeigt die Pars papillaris corii. Vor allem dominiert ein Ödem, welches sich teils durch Spalten- und Lückenbildung, teils aber durch eine eigentümliche Verlagerung der Bindegewebs- und elastischen Fasern verrät."

Iw. Bloch schreibt in Unnas Lehren: „Sie (die Blasen) stellen überall einfache Epidermisabhebungen dar, auf wesentlich unveränderter Kutis. An Stelle der Blasen besteht weder eine entzündliche Hautveränderung, noch ein umschriebenes Ödem oder eine Blutung."

Daß Jarisch ein Ödem des papillären Anteils des Koriums beschreibt, während Bloch betont, daß im Korium kein Ödem vorhanden ist, darf uns nicht überraschen. Im Gegenteil, nach unseren Ausführungen müssen beim Pemphigus Fälle ohne Ödem und Fälle mit Ödem des papillären Anteils existieren. Sind doch die letzteren nur der Übergang zum urtikariellen Ödem, von dem wir wissen, daß es den Pemphigus oft einleitet oder auch erst im Verlaufe desselben auftritt.

Das auf histologischem Studium basierte pathologisch-anatomische Bild des Pemphigus stimmt, wie man sieht, genau mit jenen Veränderungen überein, die wir auf Grund unserer Erwägung theoretisch a priori konstruiert haben.

Doch nicht genug daran. Durch unsere Erwägung gelangten wir zu einer Präzisierung des klinischen Begriffes des Pemphigus, der bis jetzt in unseren Lehrbüchern ungemein unklar war. Zum Beweise dessen zitiere ich aus dem Lehrbuch von M. Joseph, 7. Auflage: „Wir verstehen hierunter (Pemphigus) das Auftreten von Blasen auf der Haut und den Schleimhäuten. Aber nur die Erkrankung ist als Pemphigus zu bezeichnen, bei welcher die Blasen sich in gewissen Abständen wiederholen und dadurch zu einem chronischen Verlauf führen. In dieser Definition ist

Digitized by Google

ausgedrückt, daß wir eine akut auftretende bullöse Eruption nicht als Pemphigus bezeichnen."

Jarisch spricht sich folgendermaßen aus: „Pemphigus ist kein klarer klinischer Begriff. Ein Überblick über die Summe der mit diesem Namen belegten Krankheiten lehrt, daß die Bildung von Blasen einzig und allein das Bindeglied herstellt, welches eine Reihe von zeitlich und örtlich different verlaufenden und auch morphologisch verschiedenen Krankheitsprozessen zusammenhält. Alle Versuche, den Begriff des Pemphigus mehr einzuengen, haben bisher mit nur geringfügigen Ausnahmen zu einem unbestrittenen Resultate nicht geführt und müssen insolange als verfrüht bezeichnet werden, als wir über die Pathogenese der bezüglichen Erkrankungen nicht besser unterrichtet sind und die Symptomatologie in ihrem ganzen Umfange nicht besser beherrschen als dies heute der Fall ist."

Ich könnte noch eine ganze Reihe derartiger Zitate nicht bloß aus der deutschen, sondern auch aus anderen Literaturen anführen.

Durch den Beweis, daß die lymphatische Reaktion als selbständige pathologisch-anatomische Entität, i. e. als Anomaliae secretionis lymphae, existiert und durch die Hervorhebung des prinzipiellen Unterschiedes zwischen den aus dieser Reaktion auf der Haut entstandenen Blasen und den durch die entzündliche Reaktion hervorgerufenen Blasen glaube ich, daß es mir gelungen ist, den klinischen Begriff des Pemphigus zu determinieren und zu stabilisieren. Wir bezeichnen als Pemphigus krankhafte Zustände der Haut, die durch die Eruption von durch die lymphatische Reaktion hervorgerufenen Blasen oder — wie wir diese Blasen zu benennen vorschlagen — von Pemphigusblasen auf der Haut oder Schleimhaut charakterisiert sind. In analoger Weise bezeichnen wir als Urtikaria jene krankhaften Zustände der Haut, die sich durch die Eruption besonders charakterisierter, durch die lymphatische Reaktion hervorgerufener und unter der Bezeichnung Urtikariaquaddel, Urtika, bekannter Hauteffloreszenzen auszeichnen.

Aus unserer Erwägung geht hervor, daß pathologisch-anatomisch zwischen Urtikaria und Pemphigus kein prinzipieller Unterschied besteht, sondern im Gegenteil beide Krankheiten die absolut gleiche pathologisch-anatomische Grundlage besitzen. Ein Unterschied zwischen beiden besteht nur in der Lokalisation, in der Frage, wo sich die Veränderungen in der Haut abspielen. Bei der Urtikaria ist es das Korium, beim Pemphigus die Epidermis. Wenn diese Deduktion richtig ist, muß sich begreiflicherweise die Verwandtschaft dieser beiden pathologischen Prozesse entsprechend ihrer pathologisch-anatomischen Verwandtschaft auch

Digitized by Google

klinisch äußern. Für das Vorhandensein einer solchen klinischen Verwandtschaft können wir eine Reihe von Beweisen anführen. Zunächst ist es bekannt, daß der Pemphigus sehr häufig als Urtikaria beginnt und manchmal lange Zeit unter diesem Bilde verläuft. Auch kommt es im späteren Verlaufe des Pemphigus häufig zu urtikariellen Eruptionen. Desgleichen wissen wir, daß bei der Urticaria pigmentosa der Kinder sehr häufig ein Stadium eintritt, in dem wir, wenn wir nicht den ganzen Verlauf der Krankheit kennen würden, nach dem klinischen Aussehen schwerlich an Urtikaria, sondern eher an Pemphigus denken würden. Sowohl im Verlaufe der Urtikaria als auch im Verlaufe des Pemphigus kann also die eine Form des Exanthems sehr häufig die andere substituieren.

Sodann wird die erwähnte Verwandtschaft durch die auffallende Ähnlichkeit in dem Auftreten des Exanthems bei den beiden Krankheiten bewiesen. Beide Arten von Effloreszenzen, sowohl die Urtika als auch die Pemphigusblase, entstehen plötzlich. Die Urtika kann diskoid sein, hirsen- bis kronengroß, aber noch kleiner oder größer; oder sie ist annulär, serpiginös. Ebenso kann die Pemphigusblase vereinzelt, stecknadelkopf- bis nußgroß und noch größer sein, oder sie kann zu serpiginösen, zirzinären und annulären Gebilden gruppiert sein.

Nicht weniger deutlich geht die Verwandtschaft zwischen Urtikaria und Pemphigus hervor, wenn wir den Verlauf beider und ihre klinischen Typen miteinander vergleichen. Nur müssen wir unsere bisherige Terminologie beim Pemphigus ein wenig korrigieren, so wie wir dies bei der Urtikaria bereits getan haben. So wie wir als chronische Urtikaria nicht mehr jene Form der Urtikaria bezeichnen, die zwar lange dauert, die aber eigentlich aus sich wiederholenden Eruptionen der akuten Urtikaria besteht, sondern die Bezeichnung chronische Urtikaria bloß für jene Fälle reservieren, bei denen die Quaddeln oder das sie bedingende Hautödem wochen- und monatelang auf derselben Stelle persistiert, müssen wir auch den Pemphigus korrigieren. Das, was wir bis jetzt als Pemphigus chronicus vulgaris bezeichnen, ist eigentlich kein chronischer Pemphigus, i. e. ein Zustand, der durch eine kontinuierliche langdauernde Hypersekretion von Lymphe auf derselben Hautstelle hervorgerufen wäre, so wenig als jene Urtikaria eine chronische Urtikaria ist, die wir heute ganz richtig als Urticaria recidivans bezeichnen, bei der das auf einer Stelle entstandene Ödem rasch wieder verschwindet, um früher oder später anderswo wieder zum Vorschein zu kommen. Allerdings können wir beim Pemphigus über die Akuität und Chronizität des Prozesses nicht nach demselben Kriterium beurteilen wie bei der Urtikaria. Das urtikarielle Ödem kann, sobald seine Ursache verschwunden ist, sich schnell

Digitized by Google

resorbieren und verschwinden. Mit ihm verschwindet auch die aus demselben hervorgegangene Effloreszenz, die Urtika. Wir können also bei der Urtikaria folgende Erwägungen anstellen: solange die Urtika auf der Haut besteht, besteht auch das Ödem des Koriums und besteht auch die Hypersekretion der Lymphe an der betreffenden Stelle. Wenn also die Urtika schnell verschwindet, dann wissen wir, daß die Hypersekretion an der betreffenden Stelle nur kurze Zeit bestand oder daß es sich um einen rasch verlaufenden Prozeß handelt. Daher bezeichnen wir eine Urtikaria, die durch rasch verschwindende Quaddeln charakterisiert ist, als Urticaria acuta. Stellt sich ein neuer Anreiz zur Hypersekretion ein, dann tritt eine neue Eruption auf, die, wenn der Reiz nur kurze Zeit anhält, wiederum rasch verschwindet. Daraus resultiert eine Reihe sich wiederholender Anfälle akut verlaufender Quaddeleruptionen, i. e. eine Urticaria acuta recidivans.

Es gibt aber auch Fälle von Urtikaria, bei denen die Quaddel auf ein und derselben Hautstelle Wochen und Monate dauert. Wenn aber die Quaddel bleibt, bleibt auch das Ödem, aus dem die Quaddel hervorgegangen ist, und ebensolange dauert auch die Hypersekretion der Lymphe. Deshalb sprechen wir in derartigen Fällen mit Recht von einer Urticaria chronica oder, wie der neuere Ausdruck lautet, von einer Urticaria perstans.

Beim Pemphigus sind die Verhältnisse insofern anders, als die Flüssigkeit der Pemphigusblase nicht verschwinden kann, sobald die Ursache zu wirken aufgehört hat. Dazu sind die anatomischen Verhältnisse in der Epidermis nicht geeignet. Daher bleibt hier die Blase auf der Haut bestehen, wenn der Reiz zur Hypersekretion schon längst aufgehört hat zu wirken. Die Dauer der Blase ist nicht synchron mit der Dauer der fundamentalen Krankheitsursache wie dies bei der Urtikariaquaddel der Fall ist. Wir können also beim Pemphigus aus der Dauer der durch den krankhaften Prozeß hervorgerufenen Effloreszenz keinen Schluß ziehen auf den akuten oder chronischen Charakter dieses Prozesses, sondern brauchen zu dieser Differenzierung ein anderes Kriterium. Ein kurz dauernder, plötzlich ansetzender Reiz zur Hypersekretion von Lymphe in einen bestimmten Epidermisbezirk ruft in diesem eine Blase hervor; sonst keine anderen Veränderungen. Wenn aber die Hypersekretion der Lymphe mit der Entwicklung der Blase nicht aufhört, sondern auf derselben Stelle weiter dauert, stellt sich eine Durchtränkung der Epidermis ein. Wir haben schon oben bei der Besprechung der entzündlichen Blasen gesagt, daß die durchtränkte Epidermis an Kohärenz einbüßt und daß man dann mit den kleinsten mechanischen Reizen Blasen auf ihr hervorrufen kann. (Blasenbildung auf Schweißfüßen.) Es ist begreiflich,

Digitized by Google

daß bei noch längerer Dauer des Prozesses und intensiver Hypersekretion der Lymphe die Durchtränkung der Epidermis zu deren Verweichung führen kann. Dann verwandelt sich die Hautoberfläche in eine rote, weiche, nässende Fläche, auf der keine Blase mehr entstehen kann. Wenn demnach die Hypersekretion der Lymphe, aus der die Pemphigusblasen hervorgegangen sind, plötzlich eingetreten und rasch wieder verschwunden ist, dann kommt es zu einer akuten Durchtränkung, die zwar von der Stelle, auf der sie entstanden ist, nicht wieder schnell verschwinden kann, selbst wenn kein neuer Impuls mehr aufgetreten ist, die aber außer Blasen keine anderen Veränderungen auf der Haut hervorruft. Bis jetzt handelt es sich also um einen der akuten Urtikaria analogen Zustand, um einen akuten Pemphigus, selbst wenn einige Zeit nach dem ersten Impuls ein zweiter und dritter auftritt, der neue Blasen entstehen läßt, und selbst wenn diese Wiederholung neuer Impulse ein Jahr und noch länger dauert. Immer müssen wir einen solchen Pemphigus als akut bezeichnen, wie wir dies auch bei der Urtikaria tun, nur müssen wir mit Rücksicht auf die Wiederholung der Attacken das Adjektivum recidivans hinzusetzen. Sobald aber beim Pemphigus das Nikolskysche Symptom auftritt, sobald wir also durch leichten Druck auf die Haut eine Blase hervorrufen oder durch Druck auf eine bestehende Blase mittels der verdrängten Flüssigkeit derselben die benachbarte Epidermisschichte unterminieren können, wissen wir, daß sich die Epidermis verändert hat, daß sie durch die dauernde Durchtränkung an Kohärenz eingebüßt hat. In gleicher Weise können wir auf eine dauernde und intensive Durchtränkung der Epidermis schließen, sobald sich die Verweichung derselben einstellt. In beiden Fällen sind wir zu der Vermutung berechtigt, daß ein beständiger Strom von hypersezernierter Lymphe zu dem betreffenden Hautbezirk fließt oder daß wir hier ein ähnliches chronisches Ödem der Epidermis vor uns haben wie bei der chronischen Urtikaria, die wir heutzutage besser als perstans bezeichnen. Daher können wir auch nur in diesen Fällen die Bezeichnung Pemphigus chronicus respektive perstans anwenden. Das sind Pemphigustypen, die uns unter dem Namen Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans bekannt sind.

Nach diesen Auseinandersetzungen dürfte es sich erübrigen, die klinische Ähnlichkeit der Urtikaria und des Pemphigus näher zu begründen und zu beweisen. Man kann ohne weiteres einem jeden Typus der Urtikaria einen ganz analogen Typus des Pemphigus gegenüberstellen, beginnend mit der lokalen Urtikaria infolge einer Reizung von außen, deren Analogon wir in der Hydroa aestivale erblicken, bis zum Pemphigus vegetans und Kreibichs Urticaria vegetans. In der klinischen Verwandtschaft dieser beiden Krankheiten erblicken wir eine Bestätigung der aus

Digitized by Google

unserer Erwägung fließenden Deduktion über die pathologisch-anatomische Verwandtschaft der beiden Prozesse und über die Berechtigung, dieselben in eine und dieselbe pathologisch-anatomische Gruppe einzureihen. Möglicherweise stehen sich diese beiden Krankheiten auch ätiologisch sehr nahe, doch fällt dies nicht mehr in den Rahmen dieser Abhandlung. Daß prognostisch manche Typen der beiden Affektionen so sehr voneinander abweichen, darf uns nicht beirren. Die hypersezernierte Lymphe geht dem Organismus bei Urtikaria nie verloren, beim Pemphigus aber immer. Deswegen ist der rezidivierende und chronische Pemphigus prognostisch stets eine weit ernstere Erkrankung als der analoge Urtikariatypus; ganz abgesehen davon, daß auch das ätiologische Moment hier vielleicht eine sehr wichtige Rolle spielen könnte.

Es ist nun leicht begreiflich, daß die Epidermis, sobald sie infolge des persistierenden lymphatischen Ödems aufquillt und erweicht, aufhört, ein genügender Schutz für den Organismus zu sein, so daß infolgedessen das Zellplasma des Hautgewebes zahllosen Reizen und Schädlichkeiten ausgesetzt ist, die eine Degeneration des Plasmas und daher auch die aus der entzündlichen Reaktion hervorgehenden pathologischen Erscheinungen bedingen. Das geschädigte Zellplasma besorgt und dirigiert nach unserer Hypothese über die entzündlichen Erscheinungen diese Erscheinungen selbst, und daher sind, wie übrigens auch aus der Literatur hervorgeht, die entzündlichen Veränderungen bei den chronischen Formen des Pemphigus — chronisch in unserem Sinne — so konstant und so verschieden. Keineswegs aber berechtigen uns diese entzündlichen Veränderungen zu der Annahme, daß diese Formen des Pemphigus eigentlich Krankheiten auf entzündlicher Basis wären. Denn diese entzündlichen Veränderungen sind ein sekundäres Symptom, das nicht durch den ursprünglichen pathologisch-anatomischen Prozeß bedingt ist, sondern durch andere, sekundäre Faktoren, denen der ursprüngliche pathologisch-anatomische Prozeß nur den Boden vorbereitet hat. Können sich doch, wie wir schon oben erwähnt haben, auch beim akuten Pemphigus infolge Sekundärinfektion oder vom durch Druck der Blasenflüssigkeit geschädigten Zellplasma aus entzündliche Erscheinungen einstellen. Klassifizieren können wir aber die Hautkrankheiten einzig und allein nach der primären Effloreszenz, d. i. nach jener, die das Produkt des originären pathologisch-anatomischen Prozesses selbst ist. Die sekundären Veränderungen können uns höchstens als Basis zur Aufstellung besonderer klinischer Unterabteilungen dienen. Die fundamentale Effloreszenz der (in unserem Sinne) chronischen Pemphigusformen (foliaceus und vegetans) ist die Blase auf normaler, weder entzündeter, noch urtikarieller Basis, also jene Blase, die wir zum Unterschiede von der entzündlichen Blase als Pemphigus-

Digitized by Google

blase zu bezeichnen vorgeschlagen haben. Daher sind auch diese beiden Krankheiten das Produkt der lymphatischen und keineswegs der entzündlichen Reaktion. Sie gehören also nicht in die Gruppe der Hautentzündungen, sondern in die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae.

Aus demselben Grund wird man auch die bisherige Gruppe der Pemphigi von allen Dermatitiden reinigen müssen: der Dermatitis herpetiformis, vegetans, Pyodermite vegetante usw. Entweder ist die primäre Effloreszenz der Krankheit eine Pemphigusblase, dann gehört die Krankheit zum Pemphigus, oder die Effloreszenz trägt Zeichen an sich, die darauf hinweisen, daß sie auf einer Entzündung der Haut beruht, dann müssen wir die durch diese Effloreszenz charakterisierte Krankheit zu den Entzündungen zählen, selbst wenn diese primäre Effloreszenz eine Blase und eventuell eine mechanische, durch ihre Entstehung der Pemphigusblase so ähnliche Blase wäre. In Zukunft wird man die Pemphigusblasen von den entzündlichen ebenso streng unterscheiden müssen, wie wir heute schon z. B. die entzündlichen Papeln von den durch Neubildung entstandenen unterscheiden.

Ebenso wie die entzündliche, können wir auch die lymphatische Reaktion auf der Haut eines jeden gesunden Menschen hervorrufen, wenn wir einen geeigneten Reiz von genügender Intensität anwenden. Bei einem jeden gesunden Menschen entsteht eine Entzündung der Haut, wenn wir seine Haut mit heißem Wasser begießen, und ein jeder gesunde Mensch bekommt Urtikariaquaddeln, wenn wir seine Haut mit Brennesseln berühren. Es gibt aber auch Menschen, deren Haut sich nach Schädigungen entzündet, die bei anderen Menschen erfolglos bleiben. Das ist auch Laien bekannt. Diese wissen, daß bei manchen Menschen alles eitrig wird, alles sich entzündet, während bei anderen Menschen die Entzündung eine Seltenheit ist. In gleicher Weise verhält es sich mit der lymphatischen Reaktion. Es gibt Menschen, die einen Nesselausschlag nach dem Genusse von Speisen bekommen, die die große Mehrzahl der übrigen Menschen ohne alle Folgen genießen kann. Es gibt also Menschen, bei denen man leichter als bei anderen eine entzündliche, und Menschen, bei denen man leichter als bei anderen eine lymphatische Reaktion hervorrufen kann. Oder: es gibt Menschen, die zur entzündlichen und lymphatischen Reaktion disponierter sind als der Durchschnittsmensch. Dies ist schon längst bekannt, und es wurde auch schon viel darüber nachgedacht, worin diese Disposition beruht. Indem wir im ersten Teil unserer Studie das Wesen der beiden Reaktionen beleuchteten, gaben wir zugleich auch den Schlüssel zur Lösung dieser Frage.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Behandlung des Scharlachs, von HENRY C. BECKEN-New York. (New York m. J., 1. August 1914.) B. unterscheidet bezüglich der Behandlung leichte, mittelschwere und schwere Fälle, Scharlachangina, die hämorrhagische und bösartige (maligne) Form und die Komplikationen. Bei den leichten Fällen muß ebenso wie bei den schwersten der Patient vier Wochen im Bett gehalten, muß ebenso streng isoliert werden und dieselben hygienisch-diätetischen Vorschriften beobachten. Milch soll stets die Hauptnahrung bilden. Eukalyptusöl wird äußerlich wegen seiner stark antiseptischen und desinfizierenden Wirkung ebenso bei leichten wie schweren in die Haut eingerieben: da es von derselben wieder verdunstet, soll der inhalierte Dampf auch desinfizierend auf die Luftwege wirken und so die Gefahr von Ohr- und Halskomplikationen verringern. Nach erfolgter Desquamation wird es besser verdünnt mit flüssigem Vaselin (zu gleichen Teilen) angewendet. Bei den schweren und mittelschweren Fällen sind gegen Unruhe, Delirium und besonders hohe Temperaturen Abreibungen mit 50%igem Alkohol, kalte Packungen oder kühle Bäder angezeigt. Bei kleinen Kindern setzt die Krankheit oft mit Krämpfen ein: hier sind geringe Mengen von Chloroform oder Chloralklysmen zu geben; bei Herzschwäche (schlechtem Puls, schwachem Blutdruck) Tinctura Digitalis (alle vier Stunden 5—10 Tropfen). Mundhöhle und Rachen sind täglich zu untersuchen, desgleichen der Harn. Größere Kinder müssen regelmäßig (mit Kal. permangan.-Lösung) gurgeln, eventuell Eis schlucken, unmittelbar darauf werden heiße Salzeinspritzungen in Nase und Rachen gemacht. Bei den malignen Fällen sollten, außer Morphium (bei älteren Kindern) gegen den Chok und Kokain gegen das Erbrechen, warme Salzwassereinläufe, Stimulantien, Sauerstoff gegen Dyspnoe und Stupor regelmäßig angewandt werden, bei der hämorrhagischen Form ebenfalls alle genannten Mittel, wenn sie hier auch meist vergebens sein werden. Von den Komplikationen sind Nephritis, Otitis media, Lymphadenitis cervicalis, Rheumatismus und Vulvovaginitis die wichtigsten, aber auch Endo-, Myo- und Perikarditis, Pleuritis und Peritonitis kommen vor. Was die speziellen Vorbeugungsmaßnahmen betrifft, so sollen aus dem Isolierraum alle Vorhänge, Decken, Teppiche und überflüssigen Möbel entfernt werden und nur solche Bücher und Spielsachen erlaubt sein, welche später vernichtet werden können. Bettwäsche und des Patienten Nachtkleider sollen, bevor sie aus dem Krankenzimmer gebracht und ausgekocht werden, zuerst in einen mit Kalklösung gefüllten Behälter gebracht werden. Die Dauer der Isolierung, welcher sich die Desinfektion des Krankenzimmers anschließt, beträgt wenigstens sechs, noch besser acht Wochen, dann nimmt Patient ein antiseptisches Bad (mit schwacher Sublimatlösung) und muß noch ca. 14 Tage lang bezüglich der Diät usw. überwacht werden.

M. Stern-München.

Salvarsaninfusionen bei Scharlach, von F. GLASER. (D. m. W., 1914, Nr. 38.) Verschiedene Beobachter, besonders LENZMANN und JOCHMANN, haben bei Scharlach eine auffällig günstige Wirkung des Salvarsans auf die Angina und die Rachennekrose und damit auf das Gesamtbefinden gesehen. G. selbst sah von seinen Infusionen in drei Fällen von Scarlatina gravissima keinen Erfolg, dagegen Temperaturabfall und schnelle Reinigung des Rachenbelages bei 13 Fällen mit zweifelhafter Prognose, allerdings auch ungünstigen Einfluß auf den Kräftezustand bei drei weiteren Fällen, die zum Exitus

Digitized by Google

kamen. Die üblichen Scharlachkomplikationen wie Otitis media, Drüsenschwellungen und hämorrhagische Nephritis wurden trotz Salvarsan nicht verhindert. Bei 24 Fällen mit günstiger Prognose wurde zwar Sinken der Temperatur beobachtet, die Komplikationen traten jedoch ebenso häufig auf wie sonst, ebenso Nebenwirkungen des Mittels wie Schüttelfrost, Erbrechen und Diarrhoen. S. Levy-Hamburg.

Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektion an den Kinderspitälern zu Graz und München 1893—1912, von Paul Löwenberg. (Diss., München 1913.) Die neuesten Untersuchungen haben ergeben, daß eine Isolierung viel früher notwendig ist, als beim ersten Auftreten des Koplikschen Frühsymptoms, da die Masern zu dieser Zeit schon sehr kontagiös sind; 45 daraufhin genau geführte Krankengeschichten zeigen das Auftreten der Koplikschen Flecken elfmal zugleich mit dem Exanthem; zwölfmal einen Tag vor dem Exanthem; achtmal zwei Tage zuvor; sechsmal drei Tage zuvor; zweimal vier Tage zuvor. Durchschnittlich also 1,4 Tage vor dem Exanthem. In sechs Fällen ist aber ausdrücklich stetiges Fehlen dieses Phänomens angeführt. Bei 39 beobachteten Fällen traten die Koplikschen Flecken viermal am ersten Tage, sechsmal am zweiten Tage, 13mal am dritten Tage, zehnmal am vierten Tage, fünfmal am fünften Tage, einmal am siebenten Tage des Prodromalstadiums auf. Als Durchschnitt ergibt sich, daß sie am 3,3. Tage des Vorläuferstadiums beobachtet wurden. Mit dieser Tatsache scheint bewiesen zu sein, daß eine Isolierung bei ihrem Auftreten für die Umgebung in der Regel viel zu spät kommt. An einem reichen kasuistischen Material rechnet Verfasser die fast konstante Zahl von 13—15 Tagen für die Totalinkubation heraus. Letztere zerfällt in die beiden Unterabteilungen: Inkubations- und Prodromalstadium, die man in der Regel voneinander trennen kann. Als Zeitdauer für die erste Periode findet man 9—12 Tage, für die zweite 2—5 Tage angegeben. Mit den Erscheinungen des Inkubationsstadiums beschäftigt sich Verfasser besonders und stellt zusammen, was in der Literatur hierüber gesagt ist, um diese Angaben an seinem Material kritisch zu beleuchten und zum Schlusse die Frage zu erörtern, ob eine Möglichkeit vorhanden ist, die Maserninfektion schon vor Beginn der Prodrome zu erkennen. Seine 76 Fälle hat Verfasser in vier verschiedene Gruppen eingeteilt, und zwar nach dem Verlauf der Temperaturkurve. Gruppe 1: vom Infektionstage an bis zum Einsetzen der in der Regel typischen Kurve des Prodromalstadiums keine wesentlichen Schwankungen der Temperatur: 41 Fälle = 54%. — Gruppe 2: auch hier kommt es noch nicht zu Fieber. Doch trägt die ganze Kurve einen labilen Charakter. Es werden zeitweise subfebrile Grade im Latenzstadium bei sonst normaler Körpertemperatur gemessen: 14 Fälle = 18,4%. — Gruppe 3: Temperaturkurven, die plötzlich einige Fieberzacken bei sonst ruhigem, normalem Verlauf der Inkubation darbieten. Ausreichende Begründung dieser Ephemera fehlt meist. Hier sind die Fälle eingereiht, die an dem Tage, wo sich ungefähr der Infektionstermin berechnen läßt, eine Erhöhung der Körperwärme zeigen. Bei vier Fällen ist sie febril, bei vier subfebril, bei einem hebt sie sich deutlich gegen den übrigen Verlauf der Kurve ab. Zur ersten Untergruppe gehören sechs Fälle. — Gruppe 4: sie zeigt schließlich sechs Krankengeschichten: 8%, die eine völlig unruhige Inkubation darbieten. Febrile Temperaturen wechseln mit subfebrilen und normalen, katarrhalische Erscheinungen von seiten der Bronchien und der Lungen machen sich sehr früh bemerkbar. — In jedem Lebensalter kommt ein ungestörter Verlauf der Inkubation vor, und die Fälle, wo dies nicht stattfand, verteilen sich regellos auf die verschiedenen Altersklassen. Aus einer Reihe von (in den wesentlichen Zügen geschilderten) Fällen ist der Schluß zu ziehen, daß es bei einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen zu vorzeitigen, wenn auch manchmal sehr geringen, katarrhalischen Erscheinungen kommen kann, selbst bei völlig normalen Verlauf der Körperwärme. Auffällig war dem

Digitized by Google

Verfasser bei genauester Betrachtung der Kurven die Häufigkeit, mit der an irgendwelchen Tagen der Inkubation die morgendliche Temperatur etwas höher war als die abendliche. — Aus einem normalem Verlauf der Temperaturkurve während des Inkubationsstadiums sind keine prognostisch absolut günstigen Schlüsse auf den weiteren Verlauf zu ziehen. — Bei neun Kindern konnte die Tatsache nachgewiesen werden, daß die Infektion selbst von einer Temperatursteigerung begleitet wird. Auf Grund seiner fleißigen Untersuchungen hält es Verfasser für erwiesen, daß das sogenannte „Latenzstadium" der Masern in vielen Fällen kein eigentliches Latenzstadium ist, daß die in den Körper durch die Infektion eingedrungenen Gifte bald den normalen Gang der Temperatur stören, bald durch frühzeitige katarrhalische Erscheinungen das Wohlbefinden in Mitleidenschaft ziehen. — Nach seinen Fällen steht fest, daß es nach dem Verlauf der Temperatur sehr schwer möglich ist, die Maserninfektion schon im Stadium der Latenz zu erkennen. Wichtig ist das Verhalten der Temperatur im beginnenden Prodromalstadium. Es wurde gezeigt, daß frühzeitige katarrhalische Erscheinungen ohne Temperatursteigerung einhergehen können. An vorliegendem Material läßt sich nicht entscheiden, ob umgekehrt die febrilen Temperaturen, mit denen das Prodromalstadium beginnt, stets von katarrhalischen Symptomen begleitet sind. F. Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Säuglingsmasern, von A. Lichtenstein. (Hygiea, Stockholm 1914, Nr. 18.) Beobachtungen an einer Krankenhausepidemie von 40 Fällen, darunter 33 Kinder unter einem Jahre. 1. Der Säugling hat eine ererbte, bis ca. drei Monate anhaltende fast absolute Immunität gegen Masern. 2. Immunkörper werden nicht durch die Muttermilch übertragen. 3. Die Immunität schwindet allmählich im Laufe des ersten Lebensjahres. 4. Die Dauer des Ausschlages steigt im ersten Lebensjahr mit zunehmendem Alter, eine neue Beobachtung, welche durch die allmählich abnehmende Immunität eine natürliche Erklärung findet. 5. Im Alter von 3—6 Monaten restiert eine relative Immunität, die genügend groß ist, um die Maserninfektion derart abzuschwächen, daß gewöhnlich abortive Fälle entstehen. 6. Von einem Jahr ab verläuft die Krankheit in jeder Beziehung wie bei älteren Kindern. 7. Koplikssche Flecke fehlen in einer großen Anzahl von Fällen von Säuglingsmasern. W. Holland-Kristiania.

Masern bei einem neun Tage alten Säugling, von Steinschneider-Cherson (Rußland). (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser beschreibt den sehr seltenen Fall einer Masernerkrankung (typisches Exanthem über den ganzen Körper und deutlich ausgesprochene Koplikssche Flecke) bei einem neun Tage alten Säugling, den er bei einer Masernepidemie beobachtete. Haller-Dresden.

Morbilloid, von W. Wick-Rabaul. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, Nr. 10.) Verfasser beobachtete in Neu-Guinea während der Regenzeit eine unsern Masern ähnliche Infektionskrankheit: die Übertragung erfolgte scheinbar ausschließlich direkt, über den Erreger ließ sich nichts feststellen. Prodromalerscheinungen fehlten. Zugleich mit allgemeinen Erscheinungen traten Bindehautkatarrh, hämorrhagische Flecken auf der Mundschleimhaut und ein makulo-papulöses Exanthem auf. Nach 3—4 Tagen verschwanden Fieber und die anderen Krankheitserscheinungen. Die Krankheit trat selten bei Kindern, bei Weißen nie auf. Das Inkubationsstadium betrug 5—8 Tage. Der Verlauf war stets viel leichter als bei Masern. H. Boehme-Leipzig.

Die Prophylaxe der Masern, von John Ruhräh-Baltimore. (New York m. J., 25. April 1914.) R. hält die Verhütung der Masern für nicht so schwierig als wir allgemein annehmen. Wenn ein Kind wirklich in geeigneter Weise isoliert wird, ist die Gefahr der Weiterverbreitung keine sehr große, und viel kann geschehen in der Fernhaltung von Kindern anderer Familien ebenso wie von Erwachsenen nach dem Grundsatze, daß, je weniger Personen mit einer ansteckenden Krankheit in Berührung kommen,

Digitized by Google

um so weniger Personen angesteckt werden können. Der zweitwichtige Punkt in der Masernprophylaxe ist der Schulschluß bei einer drohenden Epidemie. Masern sind übertragbar vom Beginn der katarrhalischen Symptome an, und darin liegt die große Schwierigkeit der praktischen Prophylaxe, da die Krankheit gewöhnlich erst mit dem Auftreten der Eruption erkannt wird. Jedes Kind mit Koryza und Halsschmerzen zu isolieren, ist unmöglich, aber keineswegs die Fernhaltung von der Schule, besonders, wenn die katarrhalischen Symptome mit Fieber verbunden sind. Um wirksam zu sein, muß aber auch die Isolierung frühzeitig einsetzen, und dazu ist frühzeitige Diagnose sehr wichtig. In dieser Beziehung weist R. auf den Gewichtsverlust hin, der schon 5—6 Tage vor den katarrhalischen Symptomen sich einstellt und etwa 100 g pro Tag beträgt (bei Kindern unter vier Jahren etwa 300 g insgesamt); es ist aber darauf zu achten, daß die Wägungen zur selben Tageszeit und unter denselben Bedingungen, wie Kleidungsstücke, Mahlzeiten, Trinkwasser, Entleerung der Blase und Stuhlgang, vorgenommen werden. Bei vorhandenem Gewichtsverlust ist sodann eine Blutuntersuchung zu machen, da im Inkubationsstadium Leukozytose besteht, wenn auch nur am ersten bis zweiten Tage desselben. Zwei andere Zeichen sind von Bedeutung: die Zyanose der Zunge, welche einen oder zwei Tage vor dem Auftreten der Hauteruption sich einstellt, und das andere — von allergrößter Wichtigkeit — die Koplikschen Flecken. Entgegen der Zweifel, die bezüglich derselben in den letzten Jahren erhoben worden sind, hat R. keinen Fall gesehen, in welchem die Flecken vorhanden waren, ohne daß sich später Masern entwickelt hätten. Was für die Masern gilt, ist in hohem Maße auch bei allen anderen Infektionskrankheiten der Kinder zu beachten: je weniger Personen mit dem kranken Kinde in Berührung kommen, je weniger Verbreitung wird die Krankheit nehmen. Neben der Isolierung und Schulschluß in Gegenwart schwerer Epidemien käme noch möglichst ausgedehnte Spitalsbehandlung der Infektionskrankheiten in Betracht. M. Stern-München.

Die Vorteile und Nachteile von Quarantänespitälern wegen Masern, von Edwin E. Graham-Philadelphia. (New York m. J., 4. April 1914.) In Anbetracht der starken Überfüllung, welche zu Zeiten von Epidemien in den Absonderungsspitälern von Philadelphia herrscht, möchte Verfasser einige Erleichterungen sowohl in der Entlassung wie Aufnahme masernkranker Kinder vorschlagen. Wenn es sich z. B. um ein einziges Kind handelt, das über drei Jahre alt ist, so sollte es ohne Bedenken nach Hause gebracht werden, vorausgesetzt, daß es hier genügende Pflege und ärztliche Behandlung hat. Rekonvaleszente Kinder brauchen nicht länger wie höchstens drei Wochen im Spitale zu bleiben. Alle Betten in den Isolierspitälern sollen durch Glaswände voneinander getrennt sein und ein Raum höchstens zehn Betten enthalten und derselbe durch speziell konstruierte Türen von dem übrigen Teile des Spitals streng abzusondern sein. Jeder Patient sollte sein eigenes Thermometer, Waschgeschirr, Handtücher usw. haben. Prophylaktisch muß der dirigierende Arzt dafür Sorge tragen, daß Masern erkannt werden, bevor der Ausschlag voll entwickelt ist, daß also jedes Kind bei der Aufnahme auf Koplikssche Flecken, Koryza und Fieber untersucht, eine sorgfältige Anamnese aufgenommen und alle verdächtigen Fälle isoliert werden. Unter diesen Modifikationen würden die Isolierspitäler rascher geleert und bei herrschenden Epidemien die Belegungsfähigkeit derselben bedeutend erhöht werden. M. Stern-München.

Über das Exanthem im Verlaufe der Meningokokkenmeningitis (Genickstarre), von G. B. Gruber-Straßburg i. E. (D. Arch. f. klin. M., Bd. 117, H. 3.) Das histologische Bild des Hautausschlages bei der Meningokokkenmeningitis besteht in Hämorrhagien im Stützgewebe der Haut. Daneben finden sich deutliche entzündliche Veränderungen bis in den Bezirk des subkutanen Fettgewebes und Zeichen einer beginnenden entzündlichen Reaktion in der Pars reticularis und beginnende Nekrose der Epidermis. Das klinische

Digitized by Google

Bild und die Tatsache, daß experimentell eine erhebliche Giftigkeit der Meningokokken nachzuweisen ist, läßt vermuten, daß die beschriebenen Exantheme Ausdruck einer toxischen Wirkung sind. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Über die Seuche des Thukydides, von Kanngiesser-Braunsfeld a. d. Lahn. (Klin. ther. Wschr., 1914, Nr. 2.) Unterstützt durch fachkundige Mitteilungen einiger Kollegen (und auf Grund seiner Studien) glaubt Verfasser bestimmt feststellen zu können, daß es sich bei der von Thukydides im zweiten Buche seines Geschichtswerkes beschriebenen Epidemie, die im April 430 v. Chr. Athen befiel, nicht um „Pest", sondern um Typhus exanthematicus, d. h. Fleckfieber, handelte. Haller-Dresden.

Zur Epidemiologie der Kriegsseuchen. Flecktyphus und Blattern, von G. Reisinger. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 7.) Die Übertragung geschieht nicht bloß durch die Kleiderlaus, sondern eventuell auch durch die Kopflaus und den Floh. Statt der üblichen 20tägigen sah der Verfasser sogar Inkubationszeiten von 9, 11 und 14 Tagen. Nach Erörterung der Symptome hebt er bezüglich der Differentialdiagnose mit Typhus abdominalis hervor, daß die Gruber-Widalsche Methode keineswegs ausschlaggebend sei. Unter 34 Fällen reagierten 19 positiv und 15 negativ. Von größerer Bedeutung gegenüber dem Abdominalis ist die Vermehrung der Leukozyten im Blutbild. Verfasser weist darauf hin, daß alle bisher in Böhmen durch den Krieg veranlaßten Einschleppungen von echten Blattern unter dem harmlosen Bilde von Schafblattern erfolgten. Demnach sind Varizellen und varizellenähnliche Erkrankungen namentlich bei geimpften und im vorgerückteren Alter stehenden Personen mit größter Vorsicht und mit Bedacht auf die allfällige Verantwortlichkeit zu behandeln. H. Vörner-Leipzig.

Zur Epidemiologie und Klinik des Flecktyphus, von E. Lindner-Linz. (W. kl. W., 1915, Nr. 12.) Verfasser beobachtete im Kriegsgefangenenlager, daß die Russen nur leicht erkrankten, Deutsche, Tschechen, Ungarn schwer mit einer Mortalität von 20%. Verfasser sah einen Wärter erkranken, welcher nur einen halben Tag bei einem flecktyphuskranken Kollegen tätig war. Letzterer lag allein und vollständig gereinigt in einem Zimmer und hatte sicher kein Ungeziefer an sich. Es ist die Möglichkeit, daß man sich das Ungeziefer nicht direkt vom Kranken zu holen braucht, sondern daß das Kontagium entweder in verstäubter Form oder durch Kontakt in die Kleidung gelangt und erst dort von einer Laus aufgenommen wird. H. Vörner-Leipzig.

Über Fleckfieber und Rückfallfieber, von P. Mühlens-Wilhelmshaven. (M. m. W., 1914, Nr. 44 u. 45.) Neben einer Schilderung des klinischen Bildes, der Ätiologie (soweit bekannt) und der Therapie betont Verfasser namentlich die Prophylaxe, welche zum großen Teil auf Beseitigung des die Infektion übermittelnden Ungeziefers beruht. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Fleckfieber, von Jürgens. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 7.) Der Krankheitsbeginn hebt sich ziemlich sicher und scharf von der vorhergehenden Zeit völligen Wohlbefindens ab. Eine allgemeine Schwäche, Störungen des Schlafes, Kopfschmerzen, Glieder- und Muskelschmerzen treten mit einer seelischen Verstimmung ziemlich plötzlich hervor. Unter raschem, mit Frost und nachfolgender Hitze einhergehendem Temperaturanstieg entwickelt sich in etwa 3—4 Tagen ein schweres charakteristisches Krankheitsbild. Der Kranke zeigt ein hochrotes, manchmal etwas gedunsenes Gesicht mit injizierten Augen; fast immer bemerkt man deutliche Lichtempfindlichkeit. Im Rachen sieht man eine eigentümliche dunkle Röte, die zunächst bandartig am Rande des vorderen Gaumenbogens von einer zur anderen Seite führt und manchmal einige blutig erscheinende Fleckchen, besonders auch am Zäpfchen erkennen läßt und sich bisweilen bis auf den harten Gaumen nach vorn erstreckt. Oft bemerkt man gleich im Beginn deutliche Zeichen einer Benommenheit. Am dritten oder vierten, spätestens am

Digitized by Google

fünften Krankheitstage treten die ersten Zeichen des Exanthems auf. Die ersten Fleckchen erscheinen gewöhnlich auf Brust und Schulter, manchmal an den Armen. In 2—3 Tagen ist der ganze Körper bedeckt. Beim Typhus abdom. tritt die Roseola im Gegensatz zum Fleckfieber zuerst auf Bauch, Brust oder Rücken auf. Die Fleckfieberroseola zeigt deutlichere Schwankungen ihrer Größe (bis zu Linsengröße) als der Typhus. Mit der Entwicklung des Exanthems hat auch das Fieber und damit der ganze Krankheitsprozeß seinen Höhepunkt erreicht. Zunehmende Benommenheit, aber nicht völlige Bewußtlosigkeit, beherrscht jetzt das Krankheitsbild. Die Entscheidung für den günstigen oder ungünstigen Verlauf fällt ganz ins Bereich des Zentralnervensystems. Man kann beim Fleckfieber nicht gut von einer Fieberkrise sprechen. Am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche erfolgt vielfach, obwohl die Temperatur zur Norm abfällt, der tödliche Ausgang. Der Tod scheint nicht durch primäre Herzschwäche, sondern durch eine zerebrale Vergiftung bedingt zu sein. Das Fleckfieber macht selten Komplikationen und verläuft anscheinend frei von Nachschüben und Rückfällen. Die Mortalität im jugendlichen Alter bis zu Jahren wird mit kaum 52 angegeben, mit dem Alter nimmt die Gefährlichkeit des Fleckfiebers zu; intelligente Leute erkranken zweifellos schwerer als das ungebildete Volk. Das Fleckfieber ist eigentlich gar keine ansteckende Krankheit, da nicht der Kranke, sondern die infizierte Laus die Krankheit überträgt. Die Vernichtung der Überträger hebt die Ansteckungsgefahr auf. E. Brinitzer-Altona.

Fleckfieber, von Curtius-Stendal. (Zschr. f. Mbeamte, 1915, Nr. 7.) Durch die russischen Kriegsgefangenen, in vereinzelten Fällen durch die vom östlichen Kriegsschauplatz zurückgekehrten Truppen, ist nach einigen Orten Fleckfieber eingeschleppt worden. Die Übertragung geschieht nur durch Läuse, wahrscheinlich nur durch Kleiderläuse. Daher sind besonders die Ärzte und das Pflegepersonal gefährdet. Als gutes Mittel für die Entlausung der Haut hat sich nach C. eine Mischung von Petroleum mit Leinöl (im Verhältnis von 75 : 25) bewährt. E. Brinitzer-Altona.

Maculae caeruleae bei einem Falle von Typhus exanthematicus, von C. Kreibich-Prag. (W. kl. W., 1915, Nr. 22.) Die Maculae fanden sich neben dem Exanthem eines an Typhus exanthematicus erkrankten Knaben. Morpiones fanden sich nur an den Zilien. Verfasser hebt hervor, daß die Augenwimpern eine Stelle sind, welche man leicht übersieht. Andererseits brauchen Morpionen keine Maculae zu erzeugen, wodurch das Übersehen derselben noch begünstigt wird. H. Vörner-Leipzig.

Die Bakteriologie des Typhus exanthematicus, von R. M. Wilder-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 12. September 1914.) Verfasser weist darauf hin, daß er bereits 1910 über Untersuchungen berichtet hat, welche er im Verein mit Ricketts bei Gelegenheit einer Epidemie in Mexico City ausführte, und bei denen ein bipolarer Bazillus, der durch die Übermittlung von Läusen weiter befördert wurde, als die wahrscheinlichste Ursache der Krankheit angesprochen wurde. In dem nach Giemsa gefärbten Blute von Kranken, die sich in der zweiten Krankheitswoche (7.—12. Tag) befanden, war derselbe ausnahmslos, wenn auch meist in kleiner Anzahl vorhanden, und auch die bakteriologische Untersuchung des Ungeziefers lieferte positive Resultate. Neuerdings hat Plotz, wie Verfasser bei einer umfassenden Darlegung der bisherigen Literatur über das Thema ausführt, ziemlich genau die gleichen Mikroorganismen angetroffen. A. Philippi-Salzschlirf.

Bakteriologische Befunde bei Fleckfieber. Vorläufige Mitteilung von I. Petruschky-Danzig. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) Ein konstanter Befund fand sich im Auswurf. Dieser zeigte regelmäßig bei mikroskopischer Untersuchung sehr zahlreiche, kleinste Stäbchen von der ungefähren Form, Größe und Färbbarkeit der Influenzabazillen. Er war von zähschleimiger, oft an flüssigen Leim erinnernder Be-

Digitized by Google

schaffenheit und durchweg überaus leukozytenarm, oft durchsetzt mit Blutpünktchen. Der Kulturversuch zeigte, daß die beobachteten Stäbchen nicht wie die Influenzabazillen ausschließlich Nährböden mit roten Blutkörperchen bevorzugen, sondern auch auf gewöhnlichem Agar, besser auf Nutrose-Milchzucker-Agar, wachsen, wenn auch anfänglich in überaus kleinen, nur mit der Lupe sichtbaren Kolonien. Das Bild einer Agarplatte war nach 24stündiger Betrübung bei 37° C insofern überraschend, als bei Betrachtung mit bloßem Auge nur wenige Kolonien erkennbar waren. Bei Untersuchung mit der Lupe zeigte sich indessen ein ganzer Sternenhimmel kleiner und kleinster Kolonien. Es zeigt sich, daß zwischen den am zahlreichsten vorhandenen Kolonien der kleinsten Stäbchen vielfach auch etwas größere Kolonien von Streptococcus brevis, oder auch junge Kolonien von Streptococcus longus und Pneumococcus verstreut liegen. Die kleinen Stäbchenkolonien lassen sich auf neue Nährböden ohne Blutbeimischung übertragen. Sie haben eine Lebensdauer von mehreren Tagen. Für alle Fälle dürfte es sich empfehlen, bei der Prophylaxis des Fleckfiebers nicht ausschließlich die Übertragung durch Läuse im Auge zu behalten, sondern auch an die Möglichkeit einer Übertragung durch Auswurf, durch ausgehustete Tröpfchen und durch Verschmierung von Auswurf zu denken. Es wird die Möglichkeit nicht außer Betracht zu lassen sein, daß das Fleckfieber vielleicht ähnlich der Pest in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten kann: einer mehr septischen, durch Ungeziefer übertragbaren, und einer mehr katarrhalischen, durch Sputum übertragbaren Form, bei der vielleicht sogar das Exanthem gelegentlich fehlen könnte. Bei allen Formen wäre kulturell nach dem mutmaßlichen Erreger zu fahnden. O. Gans-Karlsruhe.

Über die neuen diagnostischen Hilfsmittel bei Flecktyphus, von A. Ghon. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 1.) In Rücksicht darauf, daß die Möglichkeit der Einschleppung von Flecktyphus näher gerückt ist, schlägt Verfasser vor, zur Förderung der Diagnose die neuerlich bei dieser Krankheit erhobenen Befunde nutzbar zu machen. Es kommen da in Betracht: 1. die v. Prowazekschen Leukozyteneinschlüsse, längliche oder rundliche, besonders in der Peripherie des Protoplasmas gelegene Körperchen und Doppelkörperchen, von denen es noch nicht einwandfrei feststeht, ob sie die Krankheitserreger sind, denen aber wegen ihres konstanten Auftretens ein diagnostischer Wert zukommt; 2. die Übertragbarkeit der Krankheit mit dem Blut auf Affen und Meerschweinchen; 3. histologische Befunde an vital herausgeschnittenen Roseolen, bestehend in knötchenartigen, durch zellige Wucherungen verursachte Auftreibungen der Gefäße, die mit intakten Strecken abwechseln. Demgemäß sind an die Untersuchungsstelle einzusenden: 1. 3—4 möglichst dünne Blutausstriche auf Objektträger; 2. Blut zur bakteriologischen Untersuchung in steriler Eprouvette; 3. ein exzidiertes Hautstückchen mit Roseola zur histologischen Untersuchung. E. Klemm-Leipzig.

Einiges von den Erfahrungen über die diagnostischen Hilfsmittel bei Flecktyphus, von A. Ghon-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 8.) Untersuchung des Blutbildes auf Leukozytose und des Blutes in bakteriologischer und serologischer Beziehung sind die wichtigsten Hilfsmittel der klinischen Diagnose. H. Vörner-Leipzig.

Zur Diagnose und Prophylaxe des Fleckfiebers, von G. Klemperer und W. Zinn. (Ther. d. Gegenw., Februar 1915.) K. und Z. beschreiben den Krankheitsfall von Georg Jochmann, der dem Fleckfieber zum Opfer gefallen ist. Beide Verfasser kommen zu dem Ergebnis, daß in diagnostischer Beziehung auch die anscheinend sichersten klinischen Symptome nicht ganz zuverlässig sind und daß die Diagnose, abgesehen vom epidemischen Auftreten, mit Sicherheit nur durch die petechiale Umwandlung der Roseolen und durch die bakteriologische Ausschließung anderer Infektionen gestellt werden kann. Der Jochmannsche Fall hat gezeigt, daß die Fleckfieberüber-

Digitized by Google

tragung nur durch Läuse geschehen kann. Die vielen Personen, die mit Jochmann stundenlang in Berührung gewesen waren, sind von der Krankheit verschont geblieben. Für Arzt oder Pfleger ist es daher wichtig, den Erkrankten von Läusen zu reinigen, sich selbst aber vor der Berührung mit Läusen zu schützen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Diagnose und Prophylaxe des Flecktyphus, von Pisek. (Klin.-ther. Wschr., 1915, 7/8.) Charakteristisch ist der plötzliche Beginn der Erkrankung unter Schüttelfrösten und Temperaturanstieg und frühzeitig sich einstellenden Delirien. Die Temperatur erreicht sofort in den ersten zwei Tagen die höchsten Grade, gewöhnlich bis 39° und 40°. Im Gegensatz zur Bradykardie bei Unterleibstyphus entsprechen beim Fleckfieber dem hohen Fieber auch hohe Pulszahlen. Gewöhnlich ist das Fieber eine Kontinua mit sehr unbedeutenden Morgenremissionen; nach etwa 10—14 sinkt die Temperatur innerhalb 2—5 Tagen lytisch ab. Charakteristisch für den Flecktyphus ist die vollständige Ausbildung des Exanthems im Verlaufe schon der ersten zwei Tage der Krankheit. In dieser Beziehung erinnert der Flecktyphus an Masern. Die blaß rötlichen Flecke sind meistens verwaschen, das Zentrum hämorrhagisch; beim Typhus abdom. dagegen sind die deutlich rosaroten Flecke scharf umschrieben und nur hyperämisch. Während beim Fleckfieber das Exanthem auch die Extremitäten befällt, beschränkt sich beim Abdominaltyphus der Ausschlag auf den Rumpf. Differentialdiagnostisch kommen manchmal Variola, kryptogenetische Sepsis mit punktförmigen Hämorrhagien, innerer Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber und Arzneiexantheme in Betracht. Die individuelle Empfänglichkeit spielt gewiß eine Rolle. Kummer und Sorge, schlaflose Nächte, mangelhafte Ernährung, überhaupt Faktoren, welche die Widerstandskraft des Individuums herabsetzen, scheinen die Infektion zu begünstigen. Die einmal überstandene Krankheit immunisiert das Individuum mit fast absoluter Sicherheit. Die Prophylaxe fällt im Hinblick auf die Übertragung durch Kleiderläuse, Kopfläuse usw. mit den Maßnahmen gegen Ungeziefer zusammen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der persönlichen Prophylaxe gegen Typhus exanthematicus, von R. Kraus-Buenos-Aires. (W. kl. W., 1915, Nr. 12.) Vorgeschlagen wird: gute Lüftung der Krankenzimmer, Abtötung der Läuse mit Salfurkose, mechanischer Schutz durch Maske und Gummianzug. H. Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe des Flecktyphus, von Blaschko. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Die Prophylaxe der Pedikulosis ist die Prophylaxe des Flecktyphus. B. empfiehlt bei Pedikulosis des Körpers ein 5% Naphtalinvaselin und rät, jedem Soldaten 30—50 g Naphtalinpulver mitzugeben. Zur Verhütung der Kopfläuse genügt es, die Haare mit der Maschine kurz zu schneiden. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Bekämpfung des Fleckfiebers und der Läuse, von C. Mense-Kassel. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1915, H. 6.) Da die Übertragung des Fleckfiebers höchstwahrscheinlich nicht von Mensch zu Mensch, sondern durch die Vermittlung der Läuse erfolgt, ist deren Vernichtung das wichtige Mittel zur Verhütung dieser Krankheit. Die Entlausung der Kleidung kann erfolgen durch strömenden Wasserdampf im Desinfektionsapparat oder durch trockene Hitze von 70° im Backofen oder durch Aufhängen in Räumen, die mit schwefeliger Säure gesättigt sind. Diese wird erzeugt durch Verbrennen von Schwefel oder eines Gemisches von 90% Schwefelkohlenstoff mit 10% Wasser und Alkohol (Salfarkose), oder sie wird in Bomben in komprimierter Form vorrätig gehalten. Zur Bekämpfung der Läuseplage von Menschen dienen ätherische Öle, Naphtalinsalbe oder, worauf Mense besonders aufmerksam macht, Sublimatessig (Sublimat 1,0; Acetum vini 299,0), der vor allem auch die Eier auflöst und vernichtet und zum Einreiben in die Kleider verwendet werden kann.

H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Über die Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus, von Constantin Delta-Alexandrien (Ägypten). (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 76.) Die Wassermannsche Reaktion ist bei Flecktyphus fast immer positiv; und zwar ist sie zu Beginn negativ, wird bei der Entfieberung(?) fast immer positiv, um nach kurzer Zeit (höchstens zwei Monate?) wieder negativ zu werden. Die positive WR wird sowohl mit syphilitischem, als auch mit Typhusantigen erzielt. Daher kann die Reaktion hier ebensowenig als spezifische im Sinne von Gruber und von Pfeiffer angesehen werden, wie bei allen den anderen Krankheiten, wo sie festgestellt wurde. Die Untersuchung kann in Zweifelfällen von Nutzen sein, inbesondere zum Beginn und zum Ende einer Epidemie.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit begleitendem Erythem, von Silberknopf. (Zbl. f. Kindhlk., 1914, Nr. 11.) Bei einem siebenjährigen Kinde entwickelten sich acht Tage vor der typischen Varizelleneruption 10—15 linsengroße, blaßrote, kreisrunde Flecke am Rumpf, die nach 24 Stunden verschwanden. Sechs Tage später, also zwei Tage vor der Haupteruption, trat ein universelles Erythem bei 39,4 Temp. auf. Das Zusammentreffen des verzögerten Ausbruches der Varizellen mit einem interkurrenten Erythem ist nach S. bisher in der Literatur nicht beschrieben worden.

E. Brinitzer-Altona.

Technik der Schutzimpfung gegen Varizellen, von Karl A. Kling-Stockholm. (B. kl. W., 1915, Nr. 1.) Die Lymphe wird von einem Falle mit günstigen Effloreszenzen gewonnen, die Impfung selbst wird mit der Impflanzette ausgeführt, auf dem Impffelde wird die Haut gespannt und mit einem halben Dutzend leichter Einstiche beschickt. In 135 Fällen war die Impfung gelungen und in 46 negativ. Die artefizielle Krankheit verlief mild, gewöhnlich traten nur an der Impfstelle Bläschen auf.

H. Vörner-Leipzig.

Persönliche Erlebnisse mit der Variola, von Volland. (Ther. Mh., Juni 1914.) Die Erlebnisse stammen aus dem Kriege 70/71 und sind beweisend für die Berechtigung des Impfzwanges. W. Haas-Hamburg.

Pocken und pockenähnliche akute Exantheme in den Tropen, von C. Mense. (Handb. d. Tropenkrh., Bd. 3.) Verfasser bespricht eine Gruppe von akuten Exanthemen, die zwischen Pocken und Windpocken steht, beiden in mancher Hinsicht verwandt. Sie einzeln zu beschreiben, würde hier zu weit führen; es handelt sich um 1. die Sanagapocken (Kamerun). 2. Amaas oder Milchpocken (Süd- und Südwestafrika). 3. Amerikanische Formen, Alastrim, weiße Pocken (Brasilien). 4. und 5. Pockenähnliche Exantheme in der Südsee und in Indien. W. Haas-Hamburg.

Therapie und Praxis der Variola, von R. Schmidt-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 6.) Besprechung der experimentellen Forschung, der Nosologie, der Differentialdiagnose, der Prognose und Therapie. H. Vörner-Leipzig.

Die pockenverdächtigen Erkrankungen in Rabaul im Februar 1914, von H. E. Kersten-Rabaul. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, 20.) Bei einigen pockenverdächtigen Kranken wurde durch den positiven Ausfall der zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Impfung mit animaler und humaner Pockenlymphe die Erkrankung als Varizellen sichergestellt. H. Boehme-Leipzig.

Die Pocken als Kriegsseuche, von Friedberger. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 2.) Fr. bespricht im Rahmen eines Vortragszyklus über Kriegsseuchen das Wissenswerteste über die Diagnose und die Behandlung der Pocken und hebt die Wichtigkeit der Schutzimpfung hervor. Unterstützt wird die Lebhaftigkeit und Anschaulichkeit des Vortrages durch sinnreiche Tafeln und Statistiken, die zugleich alle

Digitized by Google

Einwände der Impfgegner glänzend zu widerlegen geeignet sind. Relativ kurz ist das Kapitel über die Pockenerreger und die diagnostische Impfung ausgefallen.

S. Levy-Hamburg.

Bemerkungen zum „Pockenprozeß Spohr-Bachem“, von **M. Neisser-Frankfurt a. M.** (D. m. W., 1914, Nr. 25.) Der Prozeß hat bewiesen, daß Isolierung und Desinfektion allein die Verbreitung der Pocken nicht verhindern können. Auch das niedrige „hygienische Kulturniveau“, das nach der Meinung des ersten Vorsitzenden des Reichsverbandes gegen die Impfung Dr. Winsch an der Verbreitung und Erkrankung schuld sei, käme im Falle Spohr nicht in Frage. N. hält es für eine nicht zu rechtfertigende Handlungsweise, wenn ein impfgegnerischer Arzt Impfungen ausführt, denn die einzig mögliche Handlungsweise für ihn ist es, diesen Eingriff, den er ja für schädlich hält, abzulehnen. Da in Deutschland die Pocken in ihren verschiedenen Erscheinungsformen nicht mehr genügend bekannt sind, so scheint es geboten zu sein, daß wir an zentraler Stelle Pockenkonsiliarien erhalten, die bei Pockenverdacht sofort ex officio zur Unterstützung des Kreisarztes an Ort und Stelle reisen und ihn mit ihren im Ausland gesammelten größeren Erfahrungen in bezug auf die Diagnose unterstützen.

E. Brinitzer-Altona.

Die Diagnose der Blattern, von Risel. (D. m. W., 1914, Nr. 38.) R. erinnert an die in England von Ricketts auf Grund von Beobachtungen Curschmanns während der Pockenepidemie 1870—71 sichergestellte Tatsache, daß der im Blut kreisende Pockenerreger sich fast stets an symmetrischen Körperstellen, die durch mechanische Einwirkungen, wie Reizung durch Kleider und Witterungseinflüsse, prädisponiert sind, im Hautepithel ansiedelt. Andererseits werden geschütztere Körperstellen, wie z. B. die Achselhöhlen, nie befallen. Auch die im Verlaufe der Krankheit öfter auftretenden Exantheme und Petechien bevorzugen gewisse Körperstellen, die letzteren besonders diejenigen Körperstellen, die von den eigentlichen Blattern verschont bleiben, wie z. B. die Leistengegend. Die schwere hämorrhagische Form kann der Diagnose dadurch Schwierigkeiten bieten, daß bei ihr der Tod eintreten kann, ehe es zur Bildung von Pusteln gekommen ist. Die Windpocken befolgen ein entgegengesetztes Verhalten, indem sie zwar auch symmetrisch über den Körper verteilt sind, im übrigen aber gerade diejenigen Stellen bevorzugen, an denen man die Pocken am wenigsten antrifft. Differentialdiagnostisch wichtig ist auch das ausgesprochen schubweise Auftreten des Ausschlages bei Windpocken, ebenso das Fehlen der für Blattern pathognomonischen Leukozytose und das Versagen der Verimpfung des Bläscheninhaltes auf die Kaninchenhornhaut.

S. Levy-Hamburg.

Verschiedenes.

Die III. nationale Pellagrakonferenz findet im Oktober d. J. in Columbia, S.C., unter dem Vorsitze von Dr. C. H. Lavinder und dem Sekretariate von Dr. J. W. Babcock statt.

Dr. Max Schönfeld-Wien, zurzeit Abteilungsarzt im k. u. k. Reservespitale Nr. 12, hat das Ehrenzeichen II. Kl. vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Oktober 1915 | Nr. 42 | Band 61

Beitrag zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten).

Von

Prof. Dr. Otto Seifert in Würzburg.

Seit der ersten Mitteilung von Emmerich und Löw[1]) über die Darreichung von Chlorkalzium bei Heuschnupfen habe ich nach der von diesen Autoren angegebenen Verordnung vielfach bei Heuschnupfen und nervösem Schnupfen von der Kalziumbehandlung Gebrauch gemacht, aber als sehr störend den recht unangenehmen Geschmack der Chlorkalziummixtur empfunden. Diesem Übelstand ist in einwandfreier Weise abgeholfen durch die Chlorkalziumkompretten (MBK), die mir von der Firma E. Merck (Darmstadt) zur Verfügung gestellt wurden. In einer vorläufigen Mitteilung[2]) habe ich zum Ausdruck gebracht, daß diese Form als die glücklichste Lösung der Darreichung des Chlorkalziums bezeichnet werden kann. Alle meine Patienten nehmen auch größere Mengen dieser Kompretten längere Zeit hindurch sehr gern, einzelne meiner Patienten bis zu 20 Stück pro Tag. Jede einzelne Komprette enthält 0,1 Chlorkalzium.

Die Bemerkung von Emmerich und Löw[3]) in ihrer Arbeit über erfolgreiche Behandlung des Tic convulsif durch Chlorkalzium, daß Fälle von gesteigerter Erregbarkeit gewisser Nerven erfolgreich mit Kalziumsalzen behandelt wurden, veranlaßte mich, bei Urtikaria einen therapeutischen Versuch mit den Chlorkalziumkompretten vorzunehmen, und zwar zuerst bei einem Fall, bei welchem ein ätiologisches Moment absolut nicht aufzufinden war, auch nicht irgend welche Störungen von seiten des Digestionstraktus.

Erst bei der Abfassung dieser kleinen Mitteilung und der Durchsicht der Literatur über die Wirkung und Verwendung der Chlorkalziumsalze in der Dermatologie fand ich, daß vor allem englische Autoren (nach Jessner[4]) auch amerikanische Autoren) Chlorkalzium bei Urtikaria verwenden. Wright[5]) verordnete aus theoretischen Erwägungen heraus in

[1]) Emmerich und Löw, M. m. W., 1913, Nr. 48, S. 2676. — [2]) Seifert, M. m. W., 1915, Nr. 27, S. 912. — [3]) Emmerich und Löw, M. m. W., 1914, Nr. 47. — [4]) Jessner, Lehrb. d. Haut- u. Geschlkrkh., 1913, S. 100. — [5]) Wright, Brit. J. of Dermat., 1898, S. 82.

Digitized by Google

zwei Fällen von Urtikaria Kalziumchloride, Luff[1]) bei verschiedenen Hautkrankheiten, so auch bei Urtikaria, das Calcium lacticum. In Deutschland hat sich diese Therapie nur in ganz beschränktem Maße Anerkennung verschaffen können, wie ein Blick in die dermatologischen Spezialwerke lehrt. Um nur einige herauszugreifen, so findet sich bei Riecke[2]) und Wolff[3]) die Chlorkalziumtherapie überhaupt nicht vermerkt.

Matzenauer[4]) tut zwar der Wrightschen Empfehlung Erwähnung, hat aber eine sichere Bestätigung der günstigen Wirkung des Chlorkalziums nicht finden können. Die Empfehlung von Bettmann[5]) hat offenbar auch nicht besondere Berücksichtigung gefunden. Seine Erfahrungen mit der Chlorkalziumtherapie bei Urtikaria beziehen sich auf vier Fälle, bei welchen längere Zeit immer wieder typische Urtikariaschübe sich wiederholt hatten, ohne daß sich genügende Anhaltspunkte für eine Darmstörung ergeben hatten. In zwei von diesen Fällen heilte die Urtikaria bei der Behandlung mit Chlorkalzium. Bettmann verschrieb: Calcium lacticum 10,0, Aq. destill. ad 200,0, ohne Zusatz eines Korrigens, und ließ von dieser 5%igen Lösung dreimal täglich etwa eine Stunde vor den Mahlzeiten 1—2 Eßlöffel voll nehmen. In einem Falle von schwerer Urtikaria im Wochenbette erzielte Bollag[6]) durch zwei Glutäalinjektionen von Chlorkalziumgelatine (Kalzine) so prompten Erfolg, daß er zu einer weiteren Anwendung dieser Form von Kalziumtherapie raten möchte.

1. Fall: W., Babette, 20 J., leidet seit 14 Tagen an Urtikaria, besonders an den Extremitäten, durch das Brennen und Jucken wird sie Tag und Nacht so gequält, daß sie kaum arbeitsfähig ist. Keinerlei Verdauungsstörungen.

Status: 10. VII. 1915. Sehr kräftiges, wohlgenährtes Mädchen, über talergroße Urtikariaquaddeln an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten, überall Kratzeffekte. Ausgesprochene Urticaria factitia. Die bisherige Behandlung, auch mit großen Dosen Eselen, ohne jeden Erfolg.

Therapie: Pat. soll von heute an täglich zehn Kompretten nehmen.

14. VII. Auffällige Besserung, Pat. wird kaum mehr von Jucken gequält, frische Quaddeln und frische Kratzeffekte nicht nachweisbar. Urticaria factitia noch unverändert. Pat. soll die Kompretten noch in der gleichen Weise fortgebrauchen.

20. VII. Da Pat. keinerlei Beschwerden mehr verspürte, setzte sie seit zwei Tagen ohne Erlaubnis mit dem Gebrauche der Kompretten aus, aber nach 24 Stunden setzte die Nesselsucht wieder in der stärksten Form ein. Bei der heutigen Untersuchung lassen sich abermals Quaddeln an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten nachweisen, ebenso frische Kratzeffekte. Urticaria factitia höchst auffällig. Pat. soll von nun an wieder regelmäßig von den Kompretten Gebrauch machen.

25. VII. Jucken und Brennen waren schon am 21. VII. völlig beseitigt, bei der

---

[1]) Luff, Brit. m. J., 1909. — [2]) Riecke, Lehrb. d. Haut- u. Geschlkrkh., 1909. — [3]) A. Wolff, Handb. d. Hautkrankh. Mračeк, 1902, Bd. 1. — [4]) Matzenauer-Jarisch, Die Hautkrankh., 1908. — [5]) Bettmann, M. m. W., 1909, Nr. 25, S. 1273. — [6]) Bollag, M. m. W., 1913, Nr. 45, S. 2514.

Digitized by Google

heutigen Untersuchung weder frische Quaddeln, noch frische Kratzeffekte nachzuweisen, Urticaria factitia wesentlich schwächer. Pat. soll die Kompretten noch weiter gebrauchen.

10. IX. Pat. hat sich nicht mehr vorgestellt, es ist wohl anzunehmen, daß sie von ihrer Urtikaria seither befreit geblieben ist. Die Kompretten wurden sehr gut vertragen.

In diesem ziemlich schweren Fall von Urtikaria ex causa ignota handelte es sich zweifellos um eine prompte Wirkung des Chlorkalziums, es geht das u. a. auch daraus hervor, daß ein nach frühzeitigem Aussetzen der Chlorkalziumkompretten innerhalb der nächsten 24 Stunden auftretender Urtikariaschub durch erneute Chlorkalziummedikation auf das prompteste beseitigt wurde.

Dieses günstige Resultat veranlaßte mich, in einem Fall von chronischer Urtikaria leichten Grades, bei welchem ebenfalls irgend welche Magendarmstörungen fehlten, von der gleichen Therapie Gebrauch zu machen.

2. Fall: W., Sally, 38jähr. Kaufmann. Pat. leidet seit Dezember 1914 an Urtikaria, vorzugsweise an der unteren Körperhälfte, wird besonders nachts dadurch gequält. Bisher nur äußerliche Behandlung der verschiedensten Art, aber ohne jeden Effekt. Keinerlei Magendarmstörungen.

Status: 14. VII. 1915. Kräftiger, wohlgenährter Mann, an der unteren Rumpfhälfte und den unteren Extremitäten kleine Kratzeffekte. Ausgesprochene Urticaria factitia.

Therapie: Zehn Kompretten pro Tag.

20. VII. Die Kompretten wurden gern genommen, ohne jede Magenstörung. Die Erscheinungen der Urtikaria völlig beseitigt, Urticaria factitia wesentlich abgeschwächt. Kompretten sollen noch weiter genommen werden.

10. IX. Pat. nicht mehr zur Nachuntersuchung erschienen.

Es kann demnach nicht mit absoluter Sicherheit eine völlige Heilung angenommen werden, jedenfalls aber darf eine sofortige günstige Einwirkung der Chlorkalziumtherapie auf die Urtikaria nicht anzuzweifeln sein. Wenige Tage später kam ein dritter Fall zur Beobachtung, in welchem ebenfalls Magendarmstörungen fehlten.

3. Fall: E., Soldat, 28 Jahre. Pat. hat schon wiederholt in den Sommermonaten ohne jede nachweisbare Ursache, vor allem ohne irgend welche Magendarmstörungen, an Nesselsucht gelitten. Die betreffenden Anfälle hatten eine 8—10tägige Dauer. Seit heute nacht Auftreten einer Urtikaria, über den ganzen Rumpf und die Extremitäten verbreitet, Schlafen unmöglich. Auch diesem Anfalle sind irgend welche Magendarmstörungen nicht vorausgegangen.

16. VII. 1915. Pat. mittelgroß, kräftig, wohlgenährt. Am ganzen Stamme und an den Extremitäten bis zu den Fingerspitzen und Zehen hauptsächlich großpapulöse Urtikariaquaddeln, Gesicht und Schleimhäute frei. Urticaria factitia sehr stark ausgesprochen. Von heute mittag 12 Uhr an zweistündlich je zwei Chlorkalziumkompretten.

17. VII. Gestern nachmittag, abends und heute nacht bis gegen zwei Uhr noch lebhafteste Beschwerden, so daß Pat. in der ersten Hälfte der Nacht nicht zum Schlafen kam. Von zwei Uhr morgens an hörten die Beschwerden auf, so daß er die zweite

Digitized by Google

Hälfte der Nacht sehr gut schlafen konnte. Heute morgen Pat. vollkommen beschwerdefrei. Bei der Untersuchung keine Spur mehr von Urtikariaquaddeln. Urticaria factitia noch ebenso deutlich. Pat. soll noch einige Tage zehn Stück Kompretten pro Tag nehmen.

19. VII. Pat. vollkommen beschwerdefrei geblieben. Urticaria factitia weniger deutlich. Die Kompretten wurden sehr gut vertragen.

30. VII. Pat. vollkommen beschwerdefrei geblieben.

Für den Umstand, daß innerhalb von drei Wochen auch noch ein vierter gleichgearteter Fall in meine Beobachtung gelangte, ist die Erklärung darin zu suchen, daß mir als stellvertretendem Dermatologen während der beiden Kriegssemester sowohl in der Poliklinik für Hautkranke als in der Privatpraxis reichlich Hautkranke zur Beobachtung kamen.

4. Fall: S. E., 28 Jahre, Dr. med. Pat. hat in früheren Jahren einige Male an Nesselsucht gelitten, ohne daß irgend welche Verdauungsstörungen vorausgegangen waren. Über die jeweilige Dauer der Anfälle weiß Pat. nähere Angaben nicht zu machen.

23. VII. 1915. Seit heute vormittag leidet Pat. ohne vorangegangene Störung von seiten des Verdauungstraktus an Urtikaria, die sich im Laufe des Tages über den ganzen Körper, auch über das Gesicht, verbreitete. Jucken und Brennen fast unerträglich.

Status: abends sechs Uhr. Pat. groß, kräftig, wohlgenährt. Kleine und großpapulöse Urtikariaeffloreszenzen, den ganzen Rumpf und die Extremitäten einnehmend, ganz ungewöhnlich dicht stehend. Auch im Gesicht einige kleinpapulöse Effloreszenzen. Schleimhäute frei. Pat. soll stündlich je zwei Chlorkalziumkompretten nehmen.

24. VII. Gestern um zehn Uhr abends nahm Pat. die letzten zwei Kompretten. Von 11 Uhr an hörten die Beschwerden auf, so daß Pat. die ganze Nacht hindurch vortrefflich schlafen konnte. Pat. hat im ganzen gestern abend zehn Kompretten genommen. Heute morgen keine Spur mehr von Urtikaria. Pat. soll noch einige Tage acht Stück Kompretten zu sich nehmen.

10. IX. Pat. seither völlig verschont geblieben von Urtikaria. In diesem Falle war die Wirkung der Chlorkalziumtherapie am allerauffälligsten, da schon fünf Stunden nach dem Einnehmen der ersten Kompretten die sämtlichen Erscheinungen verschwunden waren und bei einige Zeit (etwa acht Tage) fortgesetztem Gebrauch dauernd ausgeblieben sind.

Es liegt mir fern, Chlorkalzium als souveränes unfehlbares Mittel zur Bekämpfung der Urtikaria bezeichnen zu wollen, man wird insbesondere bei den zahlreichen, von Magendarmstörungen ausgehenden Formen in erster Linie auf deren Beseitigung Rücksicht zu nehmen haben. Bei der bemerkenswerten Tatsache, daß in den vier Fällen von Bettmann, in dem einen Falle von Bollag, sowie in den vier von mir mitgeteilten Beobachtungen irgend eine Ursache für das Auftreten der Urtikaria nicht nachzuweisen war und vor allem jede Andeutung einer Magendarmstörung fehlte, ist sicherlich der Schluß zulässig, daß in Fällen von Urtikaria mit unklarer Ursache die Chlorkalziumtherapie wirksam sein mag. Da wir in den Chlorkalziumkompretten eine so angenehme Form der Darreichung besitzen, so läßt sich nicht nur eine relativ große

Digitized by Google

Dosis einverleiben, sondern auch eine längere Fortsetzung dieser Medikation ohne jedes Bedenken und ohne jede Störung erreichen.

An diese Fälle von Urtikaria schließt sich ein Fall von akutem umschriebenem Hautödem Quinckes an, das wohl eine Abart der Urtikaria darstellt (Jesionek[1]), Kromayer[2])). Ich verdanke diesen Fall der Freundlichkeit meines Assistenten, Herrn Dr. Como.

Ch., Jean, 28 Jahre, französischer Kriegsgefangener, erkrankte am 2. IX. nachmittags unter ziehenden Schmerzen im Gesicht und an der rechten Hand. Abends Steigerung der Körpertemperatur auf 38,2. Während der folgenden Nacht große Unruhe wegen Zunahme der schmerzhaften Sensationen.

Status: 3. IX. 1915. Pat. mittelgroß, kräftig. Morgentemperatur 37,5. Heute morgen Ober- und Unterlippe mächtig geschwollen, ebenso das rechte untere Augenlid, der Rücken der rechten Hand und die Streckseiten der Finger. Im Laufe des Tages ging die Schwellung auch auf das rechte Oberlid, sowie auf das linke Unter- und Oberlid über. Von dem Rücken der rechten Hand geht die Schwellung bis in die Nähe des Ellenbogens, am Vorderarm der Hauptsache nach die Streckseite umfassend. Abendtemperatur 38,6.

4. IX. Weiterer Temperaturanstieg auf 39,0, Anschwellung der linken Hand, des linken Vorderarmes und des rechten Fußrückens. An verschiedenen Stellen des Rumpfes flache, flachhandgroße Knoten; besonders solche Stellen sind befallen, an denen irgend welcher Druck durch Aufliegen auf der Unterlage stattfindet. Diese flachen Knoten, ebenso wie die mehr diffusen Anschwellungen im Gesicht und an den Extremitäten, erscheinen auffallend blaß, fühlen sich teigig an. Abendtemperatur 38,9.

5. IX. Die Schwellungen resp. Knotenbildungen haben noch zugenommen, besonders lästig ist die Anschwellung der Kopfhaut, die auffällig schmerzhaft erscheint, so daß Pat. das Liegen qualvoll ist. Haut des Penis ödematös. Morgentemperatur 38,3. Im Laufe des Tages Anschwellung der Zunge und der Uvula, Schluckbeschwerden, gegen abend Heiserkeit, kloßige Stimme, laryngealer Stridor, hochgradige Atemnot, so daß schon die Vornahme der Tracheotomie in Berücksichtigung gezogen wird. Abendtemperatur 38,6. Von sechs Uhr abends an soll Pat. stündlich je drei Chlorkalziumkompretten nehmen.

6. IX. Pat. hat bis gestern abend elf Uhr 20 Stück Kompretten verbraucht. Von Mitternacht an nahm die Atemnot und die Erschwerung des Schluckens, sowie die schmerzhafte Anschwellung der Kopfhaut auffallend rasch ab, so daß Pat. ganz gut schlafen konnte. Heute morgen Temperatur 37,6. Laryngealer Stridor völlig beseitigt, Pat. spricht noch etwas heiser. Anschwellung der Kopfhaut, im Gesicht, am Rumpfe und an den Extremitäten bis auf kleine Reste geschwunden. Pat. fühlt sich vollkommen wohl. Pat. soll tagsüber stündlich eine Komprette nehmen.

7. IX. Gestern abend Temperatur noch 38,3, heute morgen 37,0. Von den Schwellungen resp. Knoten nichts mehr nachweisbar, Stimme normal, Schlucken ohne Hindernis. Fortgebrauch der Kompretten.

8. IX. Gestern abend nochmals leichte Anschwellung der rechten Zungenhälfte und geringe Steigung der Körpertemperatur, heute morgen 36,8. Nirgends eine Spur

---

[1]) Jesionek, Atl. u. Grundriß d. Hautkrkh. Lehmanns Med. Handatlanten, 1911, Bd. V. — [2]) Kromayer, Repet. d. Haut- und Geschlkrkh., 1906.

Digitized by Google

von Schwellung zu bemerken. Pat. in vollkommenem Wohlbefinden. Pat. soll in den folgenden Tagen noch zehn Stück Kompretten (pro die) fortgebrauchen.

13. IX. Pat. vollkommen normal. Kompretten nicht mehr erforderlich.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß in diesem Falle ebenso wie in den Urtikariafällen Nr. 3 und 4 die Wirkung der Chlorkalziumkompretten als eine ganz eklatante zu bezeichnen ist, so daß auch für das akute umschriebene Hautödem Quinckes die Verwendung von Chlorkalzium auf das dringendste anzuraten ist.

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

(Fortsetzung.)

Bezüglich der entzündlichen Reaktion sagten wir, sie sei eine Folge degenerativer bis nekrotischer Veränderungen im Protoplasma der Gewebszellen, Veränderungen, die durch die mannigfaltigste und aus mannigfaltigster Quelle fließende Energie bedingt sein können; ihr Wesen beruhe in einer Reihe von Erscheinungen, von denen wenigstens ein Teil — die von den Blutgefäßen abhängigen Erscheinungen — von dem lädierten Protoplasma selbst inszeniert und dirigiert wird. Im allgemeinen kann man also sagen, das Wesen der Disposition zur Entzündung beruhe darin, wie leicht jene degenerativen und nekrotischen Veränderungen im Zellplasma hervorgerufen werden können. Alles, was den Zutritt der Schädlichkeit zum Zellplasma erleichtert, was die Energie der Schädlichkeit erhöht oder die vitale Resistenz des Plasma herabsetzt, disponiert den Menschen zur entzündlichen Reaktion. So z. B. entzündet sich die Haut der wenig pigmentierten Menschen unter dem Einfluß der Sonnenstrahlen viel leichter als die Haut der stark pigmentierten Menschen. Bei blonden Menschen hat das Sonnenlicht einen leichten Zutritt zum Zellplasma, da ihm kein Pigment im Wege steht. In gleicher Weise verhält sich die Haut anämischer Menschen gegen das Sonnenlicht. Wenn wir mit diesem eine tiefe Entzündung in der Haut hervorrufen, d. h. mit Sonnenlicht das Plasma der tiefer gelagerten Hautzellen schädigen wollen, brauchen wir nur aus der betreffenden Partie das Blut zu verdrängen, das mit seiner roten Farbe das Plasma der Hautzellen vor der Wirkung des Sonnenlichts ebenso

Digitized by Google

schützt wie das rote Glas der Dunkelkammer die empfindliche photographische Platte.

Die klinische und experimentelle Erfahrung lehrt, daß die degenerativen bis nekrotischen Veränderungen des Zellplasmas auch durch Nerveneinflüsse hervorgerufen werden können oder daß die Entzündung auf dem Wege der Nervenbahn entstehen kann. Je überempfindlicher diese Bahn ist, je besser sie leitet, desto eher können diese Veränderungen entstehen. Daher begegnen wir der neurotischen Entzündung so häufig bei hysterischen Personen und solchen Menschen, die aus irgend einem Grunde ein überempfindliches Nervensystem haben.

Der Diabetes, die Tuberkulose, der Alkoholismus, der Morphinismus und eine ganze Reihe anderer Einflüsse schwächt die Vitalität des Organismus. Deswegen erliegt das Zellplasma der mit den genannten Krankheiten behafteten Menschen um so eher dem schädlichen Einfluß verschiedener Reize, und deswegen sind diese Menschen zu Entzündungen der verschiedensten Art disponierter als gesunde, robuste Menschen mit einer durch nichts geschwächten Vitalität des Plasmas. Die Energie der Schädlichkeit können wir z. B. durch Sensibilisierung der Haut steigern.

Damit ist der Stoff noch keineswegs erschöpft. Ich wollte nur einige Beispiele dafür anführen, wie mit Hilfe unseres Schlüssels in einzelnen Fällen die gesteigerte entzündliche Reaktibilität zu erklären ist. Für den Zweck der vorliegenden Studie ist nur das Faktum von Bedeutung, daß eine Disposition zur entzündlichen Reaktion existiert. Deswegen wollen wir uns mit den angeführten Beispielen begnügen.

Außer dieser Art von Disposition, die sich auf die Hervorrufung der entzündlichen Reaktion als Ganzes bezieht, existiert noch eine besondere Disposition des Organismus zur Entzündung mit Rücksicht auf die einzelnen Erscheinungen, aus denen sich die entzündliche Reaktion zusammensetzt. Diese Disposition hängt ab von der Fähigkeit des Organismus, die eine oder die andere der genannten entzündlichen Erscheinungen mehr zur Geltung zu bringen, aber auch von dem Gegenteil, von der eventuellen Unfähigkeit des Organismus, eine der entzündlichen Erscheinungen entsprechend zur Geltung zu bringen. Worin diese Verschiedenheit der Haut der einzelnen Menschen beruht, vermögen wir bis jetzt nicht zu sagen. Sicher gibt es auch hier eine ganze Reihe von Ursachen. Aber selbst wenn wir sie nicht zu erklären vermögen, so wissen wir doch, daß sie existiert, und wissen ferner, daß nur von ihr allein das klinische Aussehen der entzündlichen Effloreszenzen abhängen kann, ganz unabhängig von der Ursache, die die Entzündung hervorgerufen hat. Tryb gelangt zu dieser Erfahrung aus der Betrachtung der psoriatischen Haut, von der er behauptet, daß ihr die Fähigkeit, bestimmte entzündliche Er-

Digitized by Google

scheinungen zu produzieren, fehle. Aus dieser Tatsache leitet er den sehr wahrscheinlichen und interessanten Schluß ab, daß der besondere Charakter des psoriatischen Ausschlags wohl nicht in seiner Ursache beruhen dürfte, sondern in einer Abnormität der Haut des Psoriatikers mit Rücksicht auf die einzelnen entzündlichen Erscheinungen, also im Psoriatiker selbst. Aber in dieser Studie interessiert uns nur die Disposition zur entzündlichen Reaktion als Ganzes.

Auch zur lymphatischen Reaktion sind, wie wir bereits erwähnt haben, manche Menschen mehr disponiert als andere. Das ist eine unzweifelhafte, durch die tägliche Erfahrung mit der Urtikaria bestätigte Tatsache. Die Erklärung des Wesens dieser Disposition kann aber nicht so weit gehen, wie bei der entzündlichen Reaktion. Unsere Erfahrungen über diese Reaktion reichen bis jetzt noch nicht so weit. Im ersten Teil unserer Studie bemühen wir uns, den Nachweis zu erbringen, daß das Wesen der lymphatischen Reaktion in einer plötzlichen Überproduktion von Lymphe in einem umschriebenen Hautbezirk beruht. Und bezüglich der Produktion der Lymphe bemühen wir uns nachzuweisen, daß sie nicht nach physikalischen Gesetzen, sondern nach den Gesetzen der Vitalität vor sich gehe, daß die Lymphe das Produkt der vitalen Tätigkeit der Zellen sei und nicht das Resultat einer Filtration aus den Gefäßen. Das ist aber auch alles, was man über die Produktion der Lymphe mit Sicherheit sagen kann. Schon die Frage, welche Zellen mit dieser Produktion betraut sind, ob die Endothelien der Blutkapillaren oder etwa die Zellen des benachbarten Gewebes, ist strittig. Wir schlossen uns im ersten Teil dieser Studie der Ansicht Heidenhains an, daß diese lymphbildende Tätigkeit den Endothelien der Blutkapillaren zukomme. Unna, der die histologischen Befunde zur Erklärung klinischer Erscheinungen so gut zu verwenden versteht, kann sich mit dieser Hypothese nicht befreunden. Ihm sind die Kapillarendothelien für diese Tätigkeit gar zu unbedeutende Gebilde. Deswegen schreibt er die lymphbildende Tätigkeit dem Plasma der Gewebszellen zu. Selbstverständlich fehlen uns bis jetzt auch absolut alle, selbst die kleinsten Beweise dafür, welcher Art jene vitale Tätigkeit ist, durch welche diese oder jene Zellen die Lymphe produzieren, und ob sie analog ist der sekretorischen Tätigkeit der Drüsenzellen, z. B. der Schweißdrüsenzellen, oder von anderer Art, ob sie vom Nervensystem beherrscht wird usw. Daraus geht aber auch hervor, daß wir uns bis jetzt keine genauere Vorstellung machen können über das Wesen des Reizes, der die lymphatische Reaktion hervorzurufen vermag. Solange diese Fragen nicht gelöst sind, werden wir uns begreiflicherweise auch das Wesen der Disposition zur lymphatischen Reaktion nicht erklären können. Es bleibt nichts anderes übrig, als die klinischen Erfahrungen

Digitized by Google

über alle Details der lymphatischen Reaktion zu sammeln, die uns das Wesen der Disposition zu dieser Reaktion erklären könnten und uns durch die richtige Bewertung der so gewonnenen Erfahrungen allmählich eine Vorstellung über das Wesen der vitalen lymphbildenden Kräfte und deren Regulation zu bilden. Bei der Urtikaria haben wir heute bereits eine große Menge derartigen Materials beisammen. So wissen wir z. B., daß die Disposition zur Urtikaria angeboren oder erworben sein kann. Erwerben kann man sie durch die Wirkung verschiedener Substanzen, die teils mit der Nahrung aufgenommen werden, teils im Darmtrakt selbst durch abnorme Zerfallsprozesse entstehen. Diese beiden Arten von Substanzen bezeichnen wir daher als indirekt urtikariogen zum Unterschied von den direkt urtikariogenen Substanzen, die im Blute zirkulieren und die lymphbildende Tätigkeit der Zellen selbst zur Überproduktion veranlassen können. Bei disponierten Menschen kann sich die Disposition zur lymphatischen Reaktion auf zweierlei Weise äußern: entweder so, daß eine direkt urtikariogene Substanz (z. B. die Gifte verdorbener Wurstwaren, der Muscheln, der Krebse usw.) bei ihnen die Reaktion schon in einer so kleinen Dosis hervorruft, in welcher sie dies bei anderen Menschen, bei Durchschnittsmenschen, nicht imstande ist, oder in der Weise, daß bei ihnen die Reaktion durch einen Reiz hervorgerufen wird, der bei anderen, nicht disponierten Menschen diese Reaktion überhaupt nicht hervorzurufen vermag, z. B. durch einen mechanischen Reiz, durch Sonnenlicht, durch psychische Aufregung und dergleichen.

Die Disposition kann nur gegenüber einer einzigen Substanz oder einem bestimmten Reiz vorhanden sein oder gegenüber mehreren Reizen zugleich.

Von allen diesen Erfahrungen ist für unsere Studie am wichtigsten die aus dem klinischen Verhalten der Urtikaria sich ergebende Tatsache, daß es zur lymphatischen Reaktion disponierte Menschen gibt, bei denen diese Reaktion auch durch einen Reiz hervorgerufen werden kann, der auch die entzündliche Reaktion zu provozieren vermag. Das wissen wir bestimmt von den mechanischen Reizen, vom Sonnenlicht und vom Nervenreiz. Wenn dem aber so ist, dann geht daraus notwendigerweise eine doppelte, wichtige klinische Folgerung hervor:

1. daß es Fälle geben kann, die durch eine Kombination dieser beiden Reaktionen entstanden sind, und

2. daß das klinische Bild der Krankheit nicht immer von der Qualität des Reizes abhängig sein muß, sondern auch von der Reaktibilität des betroffenen Organismus abhängen kann.

Die lymphatische und die entzündliche Reaktion nehmen häufig gleichzeitig an den klinischen Erscheinungen teil. Doch muß man hier

Digitized by Google

zwei Eventualitäten gut unterscheiden. Zunächst gibt es Fälle, und von diesen war in dieser Studie schon wiederholt die Rede, in denen die aus der lymphatischen Reaktion selbst hervorgegangenen Erscheinungen entweder direkt oder indirekt die entzündliche Reaktion hervorrufen. Hier gesellt sich die entzündliche Reaktion erst sekundär der lymphatischen zu. Sie ruft daher an den Hauteffloreszenzen ebenfalls sekundäre Veränderungen hervor. Sie verändert früher oder später die originären, aus der lymphatischen Reaktion selbst hervorgegangenen primären Effloreszenzen, aber immer sekundär. Der Grundprozeß bleibt in solchen Fällen immer die lymphatische Reaktion, während die entzündliche Reaktion stets nur sekundär und mehr oder weniger zufällig ist. Die Krankheitsursache hat in solchen Fällen nur den die lymphatische Reaktion besorgenden Apparat befallen. Die entzündliche Reaktion stellt hier bloß eine Komplikation dar. Es sind dies Fälle, in denen die Pemphigusblase oder die Urtika, wenn sie einige Zeit bestehen, in ihrem histologischen und klinischen Bilde die Erscheinungen der entzündlichen Reaktion aufweisen können: die Dilatation der Gefäße und deren Hyperämie, das entzündliche Infiltrat, die eitrige Trübung des Blaseninhalts und den roten, entzündlichen Rand oder auch das entzündliche Infiltrat der Basis der primären lymphatischen Effloreszenz (Strophulus.)

Kann aber, wie wir bereits oben erwähnt haben, die lymphatische Reaktion, wenn auch nur bei disponierten Menschen, durch einen Reiz hervorgerufen werden, der auch die entzündliche Reaktion hervorrufen kann, dann kann es auch Krankheiten geben, die durch Effloreszenzen charakterisiert sind, die von allem Anfang die Folge der entzündlichen und der lymphatischen Reaktion zugleich sind, an deren Entstehung diese beiden Reaktionen von allem Anfang an mitwirken, also durch primäre entzündlich-lymphatische Effloreszenzen. Hier handelt es sich also nicht um eine Komplikation der ursprünglichen lymphatischen Reaktion mit der entzündlichen, sondern um eine Kombination dieser beiden Reaktionen.

Die Kombination der entzündlichen Reaktion mit der lymphatischen muß aber nicht ausschließlich durch eine erhöhte Disposition des Kranken zur lymphatischen Reaktion bedingt sein. Sie kann auch bei einem Durchschnittsmenschen mit normaler, durchaus nicht gesteigerter entzündlicher und lymphatischer Reaktibilität vorkommen, und zwar dann, wenn auf ihn ein Reiz einwirkte, der das Plasma der Gewebszellen schädigt und zugleich lymphbildende Fähigkeiten besitzt. Dies kann bei den Toxinen mancher pathogener Keime mit Sicherheit vorausgesetzt werden.

Die aus der Kombination dieser beiden pathologisch-anatomischen

Digitized by Google

Prozesse hervorgegangenen Effloreszenzen müssen im allgemeinen die Charaktere der Effloreszenzen der entzündlichen Reaktion aufweisen, bekommen aber durch das Ödem der lymphatischen Reaktion doch einen speziellen Charakter, der eine Unterscheidung von den rein entzündlichen Effloreszenzen ermöglicht. Es ist einleuchtend, daß, wenn sich zwei pathologisch-anatomische Prozesse kombinieren, dies nicht immer in derselben Proportion stattfinden muß. Einmal kann die entzündliche, dann wiederum die lymphatische Reaktion überwiegen. Danach richtet sich natürlich auch das histologische und auch das klinische Bild der Effloreszenzen. Diese können bald den entzündlichen, bald den urtikariellen und pemphiginösen Charakter haben. Da sich aber die beiden pathologisch-anatomischen Prozesse nicht einmal bei ein und demselben Menschen auf allen Hautstellen in der gleichen Proportion kombinieren müssen, wird begreiflicherweise das Aussehen der durch den kombinierten entzündlich-lymphatischen Prozeß entstandenen Effloreszenzen sehr bunt sein. Da es ferner geschehen kann, daß im Verlaufe der Krankheit in der Kombination der eine der beiden Prozesse das Übergewicht über den anderen bekommt, ist es auch begreiflich, daß typische entzündlich-lymphatische Effloreszenzen im Verlaufe der Krankheit leicht das eine Mal in typisch entzündliche und das andere Mal in typisch lymphatische Urtika, Pemphigusblase übergehen können. Auf diese Weise kann das klinische Bild der krankhaften Zustände, der Hautkrankheiten, die durch derartige Effloreszenzen charakterisiert sind, noch bizarrer werden.

Diese entzündlich-lymphatischen Effloreszenzen, deren notwendige Existenz und Charaktere ich aus meinen theoretischen Ausführungen abgeleitet habe, sind unter dem Namen Erythema exsudativum in der Dermatologie bekannt.

Unna schreibt in seiner Histopathologie: „Die Erythemgruppe ist eine klinisch und histologisch gut begrenzte Gruppe von Hautkrankheiten, die ich scharf von den Angioneurosen abtrenne und zu denjenigen Entzündungen rechne, deren Lokalisation in der Haut außer zu einfachen Entzündungserscheinungen auch zugleich zu angioneurotischen Symptomen führt.“ Dieses Zitat soll beweisen, daß ich mit meinen aus theoretischen Voraussetzungen abgeleiteten Ausführungen zu demselben Schluß gelangt bin, zu dem andere durch histologische Arbeiten gelangten.

Das Erythema exsudativum ist nach meiner Auffassung keine Krankheit, sondern eine Hauteffloreszenz ebenso wie die Quaddel. Nach dem oben Gesagten ist sie eine in ihren Details sehr bizarre und vielgestaltige Effloreszenz. Wir unterscheiden z. B. das Erythema exsudativum papulatum, tuberculatum, nodosum, vesiculosum, bullosum, gyratum, annulare, iris usw. Deswegen verdient es auch mit vollem Rechte den Zusatz multiforme.

Digitized by Google

Der durch Kombination der entzündlichen Reaktion mit der lymphatischen entstandene pathologisch-anatomische Prozeß drückt demnach den Hauteffloreszenzen sein eigenes Aussehen, seine eigenen histologischen und klinischen Charaktere auf, durch welche wir sie von den rein entzündlichen und lymphatischen und anderen, z. B. denen der Neubildung, ganz gut unterscheiden können. Daher darf dieser kombinierte Prozeß ebenso wie die übrigen pathologisch-anatomischen Prozesse wenigstens in der Systematik der Hautkrankheiten einen reservierten Platz beanspruchen. Wir müssen also unser pathologisch-anatomisches System nicht bloß um die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae ergänzen, sondern auch durch jene Gruppe, die pathologisch-anatomisch durch die Kombination des entzündlichen Prozesses und der Hypersekretion der Lymphe bedingt ist. Eine Benennung für diesen kombinierten pathologisch-anatomischen Prozeß steht uns bis jetzt nicht zur Verfügung. Ich schlage die Bezeichnung entzündlich-lymphatischer Prozeß vor, wobei das Wort lymphatisch die Hypersekretion der Lymphe andeuten soll. Klinisch äußert sich dieser Prozeß, wie bereits gesagt wurde, durch die als Erythema exsudativum multiforme bezeichnete typische Effloreszenz, die je nach ihrer Größe und ihrem Aussehen in verschiedenen Varianten vorkommen kann.

Eine jede pathologisch-anatomische Gruppe enthält eine größere oder kleinere Anzahl von in bestimmter Weise verlaufenden selbständigen klinischen Typen, eine größere oder kleinere Anzahl von Hautkrankheiten. Es wurde bereits oben gesagt, daß eine Anordnung dieser Gruppen nach einem einheitlichen Prinzip noch nicht durchgeführt ist. Einen Beweis hierfür erbrachte ich bereits bei der Gruppe der Hautkrankheiten auf entzündlicher Basis und bei der Gruppe der Krankheiten auf Basis der Hypersekretion der Lymphe. Die Hautkrankheiten, die wir in die Gruppe auf Basis des kombinierten entzündlich-lymphatischen Prozesses einreihen, können wir nach dem ätiologischen Prinzip einteilen, da der Charakter und Verlauf dieser Krankheiten von ihrer Ursache beherrscht wird.

Es hat sich der Usus eingebürgert, mit der Bezeichnung Erythema exsudativum nicht die Effloreszenzen, sondern die Krankheiten selbst, die klinischen Einheiten, zu bezeichnen. Dieser Vorgang ist falsch, ist aber heute schwer auszumerzen. Deswegen werden auch wir diesen Vorgang befolgen müssen, allerdings unter Wahrung des Standpunktes, daß es besser wäre, wenn wir, wie dies bei der Urtikaria der Fall ist, schon in der Bezeichnung den Unterschied zwischen der Effloreszenz und der durch dieselbe charakterisierten Krankheit zum Ausdruck bringen könnten. Bei der Urtikaria bezeichnen wir nämlich die Effloreszenz als Urtika, die

Digitized by Google

Krankheit als Urtikaria. Bei den exsudativen Erythemen wird die Differenzierung erst durchgeführt werden müssen. Wir reihen also in die Gruppe des kombinierten pathologisch-anatomischen entzündlich-lymphatischen Prozesses eine Anzahl von Hautkrankheiten ein, die unter dem Namen des Erythema exsudativum (multiforme) bekannt sind. Diese können wir vom ätiologischen Standpunkte einteilen 1. in exsudative infektiöse und 2. in exsudative nichtinfektiöse Erytheme. Die infektiösen zerfallen wiederum in zwei klinisch wohl charakterisierte Typen: a) das Erythema exsudativum (multiforme) Hebra und b) das Erythema exsudativum nodosum. Von den nichtinfektiösen Erythemen kommt das Erythema exsudativum toxicum nach verschiedenen toxischen, medikamentösen und anderen Substanzen am häufigsten vor. Doch gibt es auch nichtinfektiöse exsudative Erytheme anderer Art; ein Beispiel hierfür ist ein von uns beobachteter Fall von Erythema exsudativum (multiforme) solare.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

April 1915.

1. Zwei Fälle von Sklerodaktylie, von F. Parkes Weber. Der erste Fall betraf einen 48jährigen starken Zigarettenraucher; vor sieben Jahren begann an der Spitze der linken vierten Zehe eine oberflächliche Gangrän, die zur Abstoßung der Spitze führte. Es folgten noch an anderen Zehen gangränöse Herde, die sogar die Exartikulation der vierten rechten notwendig machten. Nach einer längeren Pause trat ein Geschwür an der linken Ferse auf, das erst nach einem Vierteljahre abheilte; es folgte ein ähnliches an der rechten Ferse. Bei der Aufnahme fand sich die Haut der Zehen beider Füße atrophisch, glänzend, stark gespannt, purpurn gefleckt. Die Füße waren kalt, zeigten keine arterielle Pulsation. Die zweite linke Zehe war im Zustande der trockenen Gangrän, die Spitze war abgefallen, so daß der Knochen hervorragte. Ferner bestand das oben erwähnte Geschwür. Die Röntgendurchleuchtung zeigte geringe Entkalkung der Knochen und partielle Ankylose der Gelenke.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 44jährige Frau, bei der das Leiden vor zwölf Jahren begonnen hatte. Das Gesicht, der Hals und die Klavikulargegend zeigten atrophische, straff gespannte Haut, mit zahlreichen fleckigen und fein verästelten Teleangiektasien und Pigmentflecken an Hals und Klavikeln. Am stärksten waren aber die Hände befallen; die Haut war glänzend, atrophisch, straff über die Finger gespannt, die in verschiedenen Kontrakturstellungen fixiert waren. Des öfteren leidet die Kranke an oberflächlichen Geschwüren an den Fingerknöcheln, die äußerst schmerzhaft sind und nur langsam heilen. Die Zehen und die distalen Teile der Füße sind livid und kalt, an der linken Zehe besteht eine schmerzhafte Ulzeration; doch ist es an den Füßen noch nicht zu dem narbigen, atrophischen Stadium gekommen wie an den Händen. In den Fußarterien ist keine Pulsation zu fühlen. Die Durchleuchtung zeigte atrophische Veränderungen der Gesichtsknochen und der Finger, namentlich der

Digitized by Google

Endphalangen. Schilddrüsen- und Fibrolysinbehandlung hatten nur zweifelhaften Erfolg gehabt. Vor elf Jahren, bevor sich die deutliche Sklerodaktylie entwickelt hatte, hatten einige Finger ein geschwollenes, glänzendes, bläuliches Aussehen.

Verfasser glaubt, daß die Ursache zu diesen atrophischen Veränderungen an den Füßen nicht in einer obliterierenden Endarteriitis oder in einer Thrombose zu suchen sei, sondern in einer Verdickung und Kontraktion der Media. Zu dieser Anschauung gelangte er durch histologische Untersuchungen an einem früheren Falle; bestätigt wurde sie dadurch, daß in einer kleinen Arterie der amputierten Zehe des ersten Falles eine wahre Hyperplasie der glatten Muskulatur der Media gefunden wurde. Verfasser glaubt ferner, daß die Fälle von vorübergehenden Frostbeulen, wie sie im gegenwärtigen Kriege vielfach beobachtet werden, auf einem ähnlichen Prozesse beruhen.

2. Akute Dermatitis durch Koprastaub, von J. M. H. Macleod. Der Kranke, ein Hafenarbeiter, war durch einige Tage damit beschäftigt, ein Schiff mit Kokosnüssen oder Kopra zu entladen; ein Teil der letzteren war wurmstichig und entleerte bei den Manipulationen einen feinen braunen Staub. Am Tage, nach dem er die Arbeit beendet hatte, stellte sich eine Entzündung des Gesichts und der Hände ein. Das Gesicht war geschwollen und gerötet, die Augenlider ödematös; es bestand starkes Spannungsgefühl. Die Handrücken und dorsalen Seiten der Unterarme zeigten dichtgedrängte, papulovesikulöse Effloreszenzen, die stellenweise nässende Herde bildeten. Von neun Männern, die die gleiche Arbeit verrichteten, waren sechs erkrankt, doch nicht so heftig wie der beschriebene Patient.

3. Fall von Tinea Mikrosporon der behaarten Kopfhaut beim Erwachsenen, von W. J. Oliver. Die 32jährige Frau bemerkte am Kopfe eines ihrer Kinder einen „Fleck", den sie durch Waschen mit einem Flanellappen zu entfernen trachtete. Später benutzte sie diesen Lappen zur Kopfreinigung bei sich und den anderen Kindern. Infolgedessen erkrankten sie und im ganzen vier Kinder an typischen roten Ringen an der Kopfhaut und teilweise an der Brust; die Haare brachen kurz ab und fielen aus. Die kulturelle Untersuchung ergab Mikrosporon felineum. Besserung durch Röntgenstrahlen.

Mai 1915.

Ulcus rodens, von E. G. Graham Little. Die Vorstellung und Besprechung mehrerer Fälle von Hautepitheliomen in der dermatologischen Sektion veranlassen den Verfasser, seine Erfahrungen über Ulcus rodens innerhalb von zwölf Jahren zusammenzufassen und zu besprechen. Er beklagt es zunächst, daß die klare klinische Umschreibung des Begriffes Ulcus rodens, die Jacob im Jahre 1827 gegeben habe, nicht mehr so beachtet werde wie früher. Jacob hatte als Charakteristika angegeben: außerordentlich langsame Progredienz, die eigentümliche Beschaffenheit des Grundes und Randes, die geringen Beschwerden, die Unheilbarkeit, außer durch Exstirpation, und das Freibleiben der regionären Lymphdrüsen. In späterer Zeit wurde der mikroskopische Befund zur Charakteristik herangezogen; Krompecher nahm zuerst die Unterscheidung der Hautepitheliome in basozelluläre und spinozelluläre vor. Die mikroskopischen Kriterien erwiesen sich aber nicht als zureichend, um in allen Fällen eine reine Differenzierung zu ermöglichen. Daher führte die intensive, einseitige Beschäftigung mit dem histologischen Bilde zu einer Zurückdrängung und Nichtbeachtung der klinischen Definition; die Folge davon war eine Verwirrung der Diagnose. Little tritt daher dafür ein, daß in Zukunft dem klinischen Bilde mehr Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Bei Analysierung seines Materials hebt Verfasser hervor, daß die Affektion meist durch ein Knötchen eingeleitet werde, das bis zu Orangengröße heranwachsen kann, bevor Ulzeration eintritt. Manchmal entsteht das Ulcus rodens an Stelle von Pigment-

Digitized by Google

flecken, Narben, Indurationen, Traumen; häufig wird auch berichtet, daß es sich auf Greisenwarzen etabliert. Die beiden Geschlechter sind ziemlich gleich häufig befallen; die meisten Kranken stehen im Alter von 55—65 Jahren. Bemerkenswert ist, daß Verfasser die Affektion unter den wohlhabenden Ständen öfter beobachtet hat als bei den ärmeren. Die Behandlung bestand bis vor kurzer Zeit nur in Exzision des Geschwüres; nunmehr ist aber im Radium ein ausgezeichnet wirkendes Mittel gewonnen. Verfasser hat aber auch Kohlensäureschnee in Anwendung gebracht und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Hervorzuheben wäre noch, daß L. das Epithelioma adenoides cysticum nicht zum Ulcus rodens rechnet. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Kompendium der Röntgenaufnahme und Röntgendurchleuchtung, von Dessauer und Wiesner. (Zweite vollständig umgearbeitete Ausgabe in zwei Bänden, Leipzig 1915, Nemnich.) Das jetzt in zwei Bänden erscheinende Werk von Dessauer und Wiesner ist, wie die Verfasser in der Vorrede sagen, entsprechend den modernen Fortschritten, vollkommen umgearbeitet. Der Abschnitt über Geschichte der Röntgentechnik ist fortgeblieben. Das Kompendium soll kein tiefgründiges wissenschaftliches Werk, sondern ein technisches Handbuch sein. Die physikalischen Erklärungen Dessauers sind von einer erfreulichen Klarheit und Kürze; es bleibt auch nicht die geringste technische Einzelheit unerklärt, so daß der Leser die angenehme Überzeugung gewinnt, mit seinen Kenntnissen auf festem Grunde zu stehen. Gerade die elektrotechnischen Schlagworte machen es dem Arzte heutzutage so schwierig, sich in den Apparaten zurecht zu finden. Besonders wohltuend ist aber auch die knappe, an die Aufmerksamkeit des Lesers allerdings Ansprüche stellende Form, die frei ist von lästigen Wiederholungen. Besonders lehrreich ist das zweite Kapitel über die elektrische Apparatur. Im vierten Kapitel werden dem praktischen Arzte Ratschläge bei der Neueinrichtung von Röntgenanlagen gegeben, im fünften die Aufnahmegeräte und die Einrichtung der Röntgenzimmer genau beschrieben. Die Prinzipien der Momentaufnahme und Kinematographie sind im sechsten Kapitel erörtert. In die geometrischen und physikalischen Grundlagen der stereoskopischen Aufnahme und Durchleuchtung führt den Leser der kurze, anschauliche Aufsatz von Dr. Freiherr von Wiesner ein. Der zweite Teil des ersten Bandes behandelt die photochemischen Hilfsmethoden. Im zweiten Bande beschreibt Wiesner-Aschaffenburg in lehrreicher Weise das Aufnahme- und Durchleuchtungsverfahren der Praktiker. Die spezielle Aufnahme- und Durchleuchtungstechnik ist mit zahlreichen guten osteologischen Abbildungen und Photographien versehen, so daß der Praktiker kaum über irgend etwas im Zweifel sein wird. Entsprechend der Wichtigkeit und Schwierigkeit der Schädelaufnahme ist dieser Abschnitt besonders ausführlich gehalten. Die Zahnaufnahmen, die Thoraxaufnahme und -durchleuchtung, die Orthodiagraphie, sowie die Teleaufnahme werden entsprechend berücksichtigt. In besonderen Kapiteln wird dann noch die klinische Bedeutung des Röntgenogramms für Lungen- und Herzerkrankungen, für den Digestivtrakt, das uropoetische System, besonders für Konkrementaufnahmen, die Leber usw. behandelt. Einige Kapitel sind der Stereoskopie gewidmet. Von besonderer Ausführlichkeit ist ferner das Kapitel über Fremdkörperlokalisation, entsprechend der großen Bedeutung dieses Verfahrens in unseren Tagen. Ein Kapitel über eine Vorrichtung zur exakten Becken- und Herzmessung vervollständigt diesen Teil. Der zweite Band ist mit 31 vorzüglichen Tafeln ausgestattet.

Digitized by Google

Vademekum für die Verwendung der Röntgenstrahlen und des Distraktionsklammerverfahrens im Kriege, von HACKENBRUCH-BERGER. (Leipzig 1915, Otto Nemnich.) Das vorliegende, mit 177 Abbildungen sehr reichlich ausgestattete Werk umfaßt zwei Teile, die der Krieg, wie vieles andere, auch geeinigt hat, die aber ganz verschiedene Gebiete bearbeiten. Die Verwendung der Röntgenstrahlen im Kriege von Ingenieur WILHELM BERGER verdient in seinen kurzgefaßten klaren Sätzen, die aus der umfangreichen Lehre der Röntgenpraxis für den vorliegenden Zweck der Röntgenaufnahmen im Felde nur das Gerippe der Technik skizzieren, mit Recht den Namen eines Vademekums. Zumal für die Ärzte, die sich in der Röntgenkunde und besonders in dem Instrumentarium neu zurechtfinden müssen, wird es eine brauchbare Anleitung sein. Es umfaßt die Kapitel der Röntgenzimmereinrichtung, des Instrumentariums, der Photographie, der Durchleuchtung und speziell das Gebiet der Bestimmung der Geschoßlage.

Die zweite Abhandlung von Prof. Dr. HACKENBRUCH-Wiesbaden führt in Bild und Text den speziellen Teil der Behandlung von Knochenbrüchen durch das Distraktionsklammerverfahren aus. Überzeugend werden die Vorteile geschildert, die dies im Frieden von ihm erprobte Verfahren hat. Sie bestehen darin, daß durch dasselbe es möglich ist, die Bruchstücke in eine gute Lage zu bringen und darin zu erhalten, trotzdem die benachbarten Gelenke aktiv bewegt werden. Dadurch wird schnelle Konsolidierung erzielt und Atrophie sowie Versteifung vermieden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Beitrag zur Kenntnis der Blattern, von J. HLAVA-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 41.) Nachprüfungen der Methode von FORNET ergaben, daß pulverisierter Pustel- und Borkeninhalt mit Äther nicht sicher keimfrei zu machen ist; selbst nach dreitägigem Schütteln mit Äther gingen auf Nährböden Mikrobien auf, von denen Sarcina am resistentesten war. Verfasser erzeugte bei einem Affen durch Verimpfung eines zur Untersuchung eingesandten Materials eine ungewöhnlich ausgebreitete Variola. Als der Affe bereits fast genesen war, erkrankte ein zweiter Affe, dem der Verfasser defibriniertes Scharlachblut intratracheal inokuliert hatte, an Variola, der er erlag. Die Sektion ergab Sepsis ex variola; in Blut und Milz Staphylococcus pyogenes aureus. Offenbar hatte die Intoxikation mit Scharlachblut eine Prädisposition geschaffen. Der Weg der Infektion blieb unklar (Kleidung des Dieners? Instrument?) Von dem zweiten Affen infizierten sich bei der Vorlesung vier Mediziner (alle waren in der Kindheit geimpft, zwei von ihnen revakziniert); auch hier ist der Weg der Infektion unaufgeklärt. HLAVA meint, daß die Studenten aufgewirbelten Staub einatmeten, dem Variolaschüppchen beigemengt waren. G. Mühlstein-Prag.

Über die Diagnose der Pocken, von G. JOCHMANN-Berlin. (Virch. Arch., 1914, Bd. 216, H. 3.) Verfasser bespricht eingehend die Symptomatologie und die einzelnen diagnostischen Merkmale der Variola und hebt die differentialdiagnostischen Erscheinungen anderer ähnlicher Infektionen hervor. Neben den genannten klinischen Unterscheidungsmerkmalen kann man in der Eruptions- und Suppurationsperiode auch biologische Momente zur Differentialdiagnose heranziehen. Gelingt es, die GUARNIERIschen Körperchen durch Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Hornhaut eines Kaninchens nachzuweisen, so spricht das mit Sicherheit für die Diagnose Variola.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Über Diagnose und Therapie der Pocken, von JOCHMANN-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 51/52.) Soweit das in einer kurzen Arbeit in einer Wochenschrift möglich ist, behandelt JOCHMANN die Frage der Diagnose und Therapie der Pocken, eine Frage, die angesichts der durch den Krieg drohenden Gefahr der Einschleppung besonders aktuell erscheint, zumal die Mehrzahl der jetzt fungierenden Ärzte wohl nie einen Fall von Variola vera gesehen haben dürfte. JOCHMANN bespricht zunächst die Diagnose im Initialstadium; in dieser Zeit ist dieselbe besonders schwer und gerade für den Patienten wie für die Umgebung besonders wichtig, damit durch rechtzeitige Isolierung der Weiterverbreitung möglichst vorgebeugt wird. Anhaltspunkte sind: der plötzliche Anstieg der Temperatur (bis 41° und darüber am ersten Tage), die fast nie fehlenden starken Kreuzschmerzen und die sofort einsetzende Hinfälligkeit und Mattigkeit des Kranken. Anamnestisch ist von Wichtigkeit die Herkunft des Kranken, die Frage, ob und wie oft und wann er zum letzten Male geimpft worden ist. Auch treten oft schon am zweiten Tage Hauterscheinungen auf. Dieselben haben entweder eine erythematös-roseolöse Form und sind besonders am Anfang im Gesicht und dann an den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert, oder sie haben eine petechiale Form, bei welcher die einzelnen punktförmigen Blutungen so dicht aneinander stehen, daß der Eindruck einer diffusen Röte (skarlatiniform) zustande kommt, besonders an den Prädilektionsstellen: dem Schenkeldreieck und dem Oberarmdreieck. Die letztere Form ist seltener als die erstere und fast stets der Vorläufer der echten Variola, während die erstere mehr im Prodromalstadium der Variolois auftritt und daher prognostisch günstiger ist. Jedoch betont JOCHMANN ausdrücklich, daß es falsch wäre, aus der Schwere der Prodromalerscheinungen einen Schluß auf die Schwere der Erkrankung zu ziehen. Das Initialstadium dauert mit den geschilderten schweren Erscheinungen zirka drei Tage. Dann beginnt die Eruptionsperiode. Es würde den Rahmen des Referates weit überschreiten, die differentialdiagnostischen Momente wiederzugeben, die JOCHMANN für die Variola vera aufzählt gegenüber der Variolois, den Varizellen, den Masern, Scharlach, dem Flecktyphus, dem Typhus abdominalis, der Pneumonie, den pustulösen, syphilitischen Ausschlägen, der Akne, der Impetigo contagiosa und den pustulösen Exanthemen bei septischen Erkrankungen. Mit allen diesen Erkrankungen hat das Krankheitsbild der echten Pocken, je nach der Periode, in der man die Erkrankten zu sehen bekommt, Ähnlichkeiten, die die Diagnose oft sehr schwierig gestalten. In bezug auf die Prophylaxe betont der Verfasser, daß die JENNERsche Schutzimpfung das souveränste Mittel bleibt. Da die Inkubationszeit der Vakzine um vieles kürzer ist als die der Variola, so kann man durch eine rechtzeitige Schutzpockenimpfung noch sehr viel erreichen. Wenn es selbst nicht gelingt, durch Impfungen im Inkubations- oder Initialstadium den Ausbruch der Krankheit ganz zu verhindern, so erreicht man doch einen milderen Verlauf derselben. Nach Ausbruch der spezifischen Pockeneruption ist die Impfung zwecklos. Die Therapie ist eine rein symptomatische. Wichtig ist die Unterbringung der Variolakranken in einem luftigen Krankenraum. Über die Rotlichtbehandlung nach NIELS FINSEN hat Verfasser noch keine abschließenden Erfahrungen sammeln können. Ein Nachteil derselben ist, daß eine Lüftung der für Rotlichtbehandlung eingerichteten Räume kaum möglich ist. Dagegen verspricht sich JOCHMANN gute Erfolge von der Durchführung des DREYERschen Vorschlages: die völlig entkleideten Patienten auf wasserdichte Unterlage zu betten und den ganzen Körper mit einer gesättigten Lösung von Kaliumpermanganat einzupinseln, und zwar in den ersten Tagen 2—3mal, an den folgenden einmal, bis der ganze Körper eine tiefblaue Färbung hat. Damit soll erreicht werden: 1. eine Verfärbung der Haut ähnlich wie bei Rotlichtbehandlung mit günstigem Einfluß auf den Eiterprozeß, und 2. eine desinfizierende und desodorierende Wirkung.

Digitized by Google

Der Verfasser hat in vier schweren Pockenfällen das Verfahren mit erstaunlich gutem Erfolge angewendet; die Krankheitsdauer ward abgekürzt, und es blieben keine Narben zurück. Im Stadium der Eintrocknung steht die Hautpflege mit lauwarmen Bädern (eventuell Kleiezusatz) im Vordergrunde. Niemals sollen die Borken gewaltsam abgekratzt werden. Für zurückbleibende Narben verweist Jochmann auf die Arbeit von Unna jun., B. kl. W., 1914, Nr. 40. O. Lasch-Breslau.

Zur Differentialdiagnose der Variola und der Varizellen. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchens und ihre frühzeitige Erkennung, von Gustav Paul-Wien. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) In den Veränderungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchenauges lassen sich die Guarnierischen Körperchen verhältnismäßig spät erst feststellen. Zur frühzeitigen Diagnose, die besonders in sanitätspolizeilichem Interesse wichtig ist, hat Verfasser folgendes Verfahren verwertet: Am 2.—3. Tage nach Inokulation des variolahaltigen Materials in die Kornea des Kaninchenauges sieht man bei kurzer, $^1/_2$—1 Minute dauernder Behandlung des enukleierten Bulbus in Sublimatalkohol (zwei Teile einer gesättigten wässerigen Lösung — 2 g in 30 g Wasser kochen, nach dem Erkalten filtrieren — von Sublimat + 1 Teil absolutem Alkohol) die kleinen Herdnekrosen sofort als kreideweiße Pünktchen und kreisrunde, zum Teil konfluierende Knöpfchen zutage treten. Dieses Phänomen ist so charakteristisch und pathognomonisch, daß man mit absoluter Sicherheit schon makroskopisch die Varioladiagnose stellen kann. Bei Inokulation von Varizellenmaterial fehlt diese Veränderung vollkommen. P. hält es nach seinen Erfahrungen für erlaubt, schon auf Grund der makroskopischen Feststellung der Epithelnekrosen an der variolierten und mit Sublimatalkohol behandelten Kaninchenhornhaut die Einleitung von sanitätspolizeilichen Maßregeln zur Blatternbekämpfung veranlassen zu dürfen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Über Blattern und Blatternbekämpfung, von Gustav Paul-Wien. W. m. W., 1914, Nr. 51 und 52.) Schilderung der Nosologie, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Hervorzuheben ist der Vorschlag einer exakten Erhebung von Blatternfällen. Nach der Meinung des Verfasser soll dieselbe folgende Punkte umfassen. Die Erhebung des Impfzustandes des Erkrankten, wobei nicht die Angaben des Betreffenden, sondern nur das Vorhandensein bzw. Fehlen von Impf- oder Revakzinationsnarben für die Beurteilung maßgebend sein sollen. Weiter ist die Ätiologie (Einschleppungsmoment) nach Möglichkeit festzustellen, die ausführliche Aufnahme des Status praesens mit genauester Schilderung des Exanthems nach Morphologie und Verteilung; wo irgend möglich sollte bei sporadischen Fällen eine photographische Aufnahme, namentlich auch der Hand- und Fußflächen, erfolgen. Schließlich sollte eine Entnahme des Pustelinhaltes und Einsendung an eine mit den Untersuchungsmethoden der experimentellen Varioladiagnose genau vertraute Anstalt unter den gebotenen Vorsichten erfolgen.

H: Vörner-Leipzig.

Zur Diagnose und Therapie der Variola, von Gustav Morawetz-Wien. (W. m. Wschr., 1915, Nr. 20.) Mitteilung über die während der gegenwärtigen Blatternepidemie in Wien gemachten Erfahrungen. Das zur Verfügung stehende Material umfaßt 1200 Fälle. H. Vörner-Leipzig.

Ergebnisse der Pockenimpfung bei Affen, von P. M. Ashburn, E. B. Vedder und E. B. Gentry-Manila. (The Philippine J. of Sc., Dezember 1913, Bd. 8, H. 6.) Die Verfasser berichten über vier Versuchsreihen. 1. Experimente mit dem Blaseninhalt in einem Falle von disseminierten Pocken. Das Material stammte von einem an Pocken erkrankten Holländer, der im Jahre 1884 als Kind mit Erfolg, im Jahre 1900 mit unsicherem Erfolg geimpft worden war; er erkrankte 1912 an Pocken und kam am

Digitized by Google

achten Tage in Behandlung; der Körper, besonders Rumpf und obere Extremitäten, war bedeckt mit mäßig reichlichen zerstreuten Pusteln, deren Inhalt in Tuben aufgefangen und einigen Affen am Bauche inokuliert wurde; bei den früher schon geimpften Affen traten ohne sichtbare Variola Symptome leichter Temperatursteigerungen ein, die ohne Störung des Allgemeinbefindens schnell wieder zurückgingen. Bei den früher noch nicht geimpften Tieren traten unter mäßigem Fieber primäre und sekundäre Symptome der Impfvariola auf, heilten aber ziemlich schnell ab. Ein Teil des Blaseninhaltes war in den Tuben 24 Tage in Eis gehalten worden und vermochte bei dann erfolgter Impfung auch bei vorher nicht geimpften Tieren nur ganz ephemer Fieber und geringe, schnell verschwindende atypische primäre Eruptionen hervorzurufen; sekundäre Symptome fehlten völlig; das Virus hatte also seine Kraft verloren. 2. Experimente mit den Borken und Schuppen der Bläschen desselben Patienten, die sorgfältig teils in Glyzerin, teils trocken aufgehoben wurden. Die Impfresultate waren sehr gering, zum Teil negativ. 3. und 4. Experimente mit Schuppen und Krusten fast eingetrockneter Blasen von Affen und eines in der Rekonvaleszenz eines leichten Falles von Variolois befindlichen Mannes. Auch diese Experimente fielen fast völlig negativ aus, so daß erwiesen scheint, daß Borken und Decken von Variolablasen nur einen sehr geringen Grad von Giftigkeit besitzen und diesen sehr schnell verlieren.

O. Lasch-Breslau.

Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers, von G. Seiffert. (D. m. W., 1914, Nr. 25.) Verfasser hat die von Fornet angegebene Methode der Reinzüchtung des von Fornet als Erreger der Pocken aufgefundenen und angesprochenen Microsoma variolae an Material nachgeprüft, das ihm von Fornet selbst zur Verfügung gestellt war, wobei sich herausstellte, daß die Verwendung von Äther zur Sterilisierung der Lymphe allerdings die Begleitbakterien völlig abtötet, zugleich aber auch den Pockenerreger selbst schwer schädigt. Für ein Gelingen der Weiterzüchtung des Erregers sprechen seine Versuche nicht, wie ja auch andere Forscher schon feststellten.

S. Levy-Hamburg.

Über primäres Auftreten der Blattern im Rachen und in den oberen Luftwegen, von Karl Walko-Ujvidek. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 12.) Die Infektiosität der Blattern im Inkubations- und Prodromalstadium ist nur auf die Schleimhautaffizierung zurückzuführen. Die primäre Infektion der Schleimhäute wird durch bereits bestehende Affektionen, besonders Katarrhe, erleichtert. H. Vörner-Leipzig.

Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine, von Max Schatzmann-Bern. (Zschr. f. klin. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Verfasser kommt auf die Frage, ob das Blutbild irgend welche prognostische Schlüsse auf den Verlauf der Erkrankung ziehen lasse, ob es diagnostisch nur zur retrospektiven Diagnose, ähnlich wie z. B. bei Typhus abdominalis, verwendet werden kann, zu folgenden Schlußfolgerungen: Es besteht im Inkubationsstadium der Variola eine jedenfalls polynukleäre Leukozytose. Im exanthematösen Stadium sind die Gesamtleukozyten nicht vermehrt, im vesikulösen tritt eine hochgradige Leukozytose ein durch eine Vermehrung der Lymphozyten. Ein Vorwiegen der polynukleären Leukozyten weist auf eine Komplikation hin. In der Rekonvaleszenz vermehren sich die eosinophilen Zellen. In schwereren Fällen treten Türksche Reizungsformen, Myeolozyten und kernhaltige, rote Blutkörperchen auf. Als prognostisch ungünstiges Zeichen sieht man das Vorkommen einer bedeutenden Zahl von Myelozyten und kernhaltigen, roten Blutkörperchen, namentlich bei geringer Gesamtleukozytose, an. Zur retrospektiven Diagnose kann bei der sehr lange andauernden Vermehrung der Lymphozyten die morphologische Blutuntersuchung von Wert sein. Zwischen dem Blutbild der Variola und demjenigen der Vakzine besteht eine Analogie

Digitized by Google

sowohl in bezug auf die quantitativen Verhältnisse der Gesamtleukozyten als auch in bezug auf das Verhalten der einzelnen Zellarten. Die Unterschiede sind nur graduell. Variola und Vakzine sind im Wesen dieselben Prozesse. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Kenntnis des Blutbildes bei Pocken, von Walther Fischer-Shanghai. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1915, Bd. 19, H. 11.) Übereinstimmend mit den Angaben Jochmanns konnte F. feststellen, daß im Beginn und während des Höhestadiums der Pockeneruption sich eine mäßig starke oder auch stärkere Hyperleukozytose findet; ferner eine Reizung des Knochenmarks, die sich dokumentiert durch das Auftreten von Markzellen (Myeloblasten) und von kernhaltigen, roten Blutkörperchen (Normoblasten) im strömenden Blut; besonders die letzteren sind oft in erheblicher Menge vorhanden. Ferner ist bemerkenswert das Auftreten lymphozytärer Reizformen, die in einigen Fällen in sehr großer Menge vorhanden waren. Die eosinophilen Leukozyten sind in fast allen Fällen während des Höhepunktes der Erkrankung und noch einige Zeit nachher an Zahl vermindert. Eine Erhöhung der Werte für die eosinophilen Zellen fehlt durchgehends, ist auch während der Rekonvaleszenz in keinem Falle festzustellen gewesen. Über die basophilen Leukozyten ist nichts Besonderes zu bemerken. In den späteren Stadien der Krankheit (Stadium der Desikkation) sind die Zeichen einer Knochenmarksreizung meistens noch eine ganze Zeitlang festzustellen, indem immer noch vereinzelte Myelozyten und lymphozytäre Reizformen und kernhaltige rote Blutkörperchen oft noch in erheblicher Menge im strömenden Blute angetroffen wurden. Die Hyperleukozytose ist jetzt fast durchweg verschwunden. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Komplementbindung bei Variola, von A. Klein-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 47.) Nach den Resultaten, welche K. bei vier Variolakranken in bezug auf Komplementbindung bei Verwendung von Pustelinhalt resp. einer Emulsion von Variolakrusten als Antigen erzielte, kommt er zu der Schlußfolgerung, daß der Variola ein ganz spezifisches Hemmungsvermögen eigen ist. Weder die Kontrollen mit normalem Serum noch diejenigen mit zweifellosem Luesserum zeigten im geringsten die mit dem Variolaserum zu erzielende, deutlich ausgeprägte Hämolysenhemmung. Die mit einer Mazeration von Krusten ausgeführten Reaktionen waren im allgemeinen noch präziser als diejenigen, bei denen Pustelinhalt verwendet wurde. Es handelt sich demnach dabei um eine echte Antigen-Antikörperreaktion, wobei wahrscheinlicherweise die Erreger der Variola selbst das Antigen darstellen. Aus der nicht gerade reichlichen Literatur über diesen Gegenstand führt Verfasser einige analoge Mitteilungen an. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei Variola, von A. v. Kouschegg-Wien. (M. m. W., 1915, Nr. 1.) Im Anschluß an die Mitteilung von Klein (M. m. W., 1914, Nr. 47) berichtet Verfasser, daß er im Februar des Jahres Gelegenheit hatte, analoge Erfahrungen bei fünf Variolakranken zu sammeln. Auch ihm erwies sich eine Suspension von Pockenborken als das beste Antigen, während der alkoholische Extrakt von Haut, Milz und Leber einer an Variola verstorbenen Person nur in frischer Bereitung deutlich hemmend wirkte und animalische Lymphe erst bei Dosen sich wirksam erwies, welche auch bei normalem Serum eine Spur von Hämolysenhemmung erkennen ließen. Übereinstimmend mit Klein hat Verfasser ferner auch gefunden, daß die Wirksamkeit des Borkenextraktes durch Kochen aufgehoben wird. Eine Bestätigung der Spezifität des Antigens ergab sich noch aus dem negativen Ausfall der Probe bei zwei Fällen von Varizellen. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei Variola, von A. v. Kouschegg-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 17.) Zur Vornahme der Reaktion eignete sich Borkenextrakt, 0,5 frische Borken in 6 ccm phys. Kochsalzlösung verrieben und die dekantierte Flüssigkeit auf das Fünffache verdünnt, für die Reaktion wurde 0,05 Patientenserum in 2 ccm Verdünnung

Digitized by Google

und 0,05 Komplement und steigende Antigendosen von 0,05—0,25 benutzt. Nachdem die Röhrchen eine Stunde bei 37° C belassen waren, wurde die dreifache Menge des für das hämolytische System ausgewerteten Immunserums, sowie 0,05 gewaschene Hammelblutkörperchen in der Konzentration des Blutes zugefügt. Die Hämolysehemmung trat bei 0,05 Antigen ein und war bei 0,1 komplett. Ein positiver Ausfall konnte schon am ersten Tage der Erkrankung wahrgenommen werden, mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt auch die Deutlichkeit der Reaktion zu, um nach völliger Abborkung abzunehmen und schließlich zu verschwinden. H. Vörner-Leipzig.

Neue Erfahrungen über Pockennarbenbehandlung, von P. Unna jun. (B. kl. W., 1914, Nr. 40.) Verfasser empfiehlt bei gröberen Entstellungen zunächst chirurgisches Vorgehen (Skarifikationen) sowie Elektrolyse, ferner Verdünnung der Hornschicht durch Schälkuren, besonders vermittels des Salizylkollodiums. Die Hauptbehandlung bildet dann die Kohlensäureschneebehandlung, für die derjenige, der sich dafür interessiert, hier eingehendere Anweisungen findet. Zu gleicher Zeit wird durch Fibrolysininjektionen eine ständige Resorption in Gang gehalten. Als Nachbehandlungen kommen darum in Betracht Salizylpflaster und Thiosinaminapplikation, letztere besonders in Form der Thiosinaminkataphorese. Abwechselnd damit läuft die Polierbehandlung der Haut, die ebenfalls eingehend beschrieben wird. Verfasser will auf diese Weise auch bei den schlimmsten Pockennarbenfällen eine bedeutende Verbesserung erzielen können.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung der Pocken, von Volland-Davos-Dorf. (Ther. Mh., 1915, H. 3.) Verfasser holt zur Ergänzung einer früheren Arbeit die Erwähnung der Pockenbehandlung mit rotem Licht nach, wie sie Finsen angegeben hat. Durch diese Behandlungsart soll das Eiterfieber und die Narbenbildung vermieden werden. H. Boehme-Leipzig.

Die Finsen-Behandlung bei Pocken, von C. H. Würtzen-Kopenhagen. (Ther. Mh., 1914, Nr. 10.) Gegenüber pessimistischer Beurteilung der Variolatherapie von anderer Seite macht Verfasser auf Finsens Behandlung der Pocken im roten Zimmer oder — bis man eine solche Installation beschaffen kann — durch vollständige Dunkelbehandlung aufmerksam. Man entgehe dadurch dem Suppurationsfieber wie auch den Narben. E. Klemm-Leipzig.

Elektrargol bei Pocken und Pest, von R. Denman-Mauritius. (B. m. J., 6. Juni 1914.) Verfasser ergänzt seine frühere Mitteilung über diesen Gegenstand (B. m. J., 11. Oktober 1913) durch einen weiteren Bericht über die günstige Wirkung der intravenösen Injektion von Elektrargol in großen Dosen bei Pocken und Bubonenpest. Bei der ohne Bubonenbildung verlaufenden Form der Pest ist das Mittel allerdings auch unwirksam wie jede andere Therapie. Dagegen wurden von 20 Pestfällen, welche binnen 48 Stunden schon in Behandlung kamen, 15 geheilt; von 28 später zur Behandlung kommenden wurden aber nur 4 gerettet. Den Pockenkranken wurde (anfangs) die Wahl der Behandlung gelassen. Unter 94 symptomatisch behandelten Fällen von konfluierenden Pocken starben 65; von 136 mit Elektrargol behandelten nur 21. Von 9 symptomatisch behandelten Fällen von hämorrhagischen Pocken starben 8; von 20 mit Elektrargol behandelten starben 5. A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1913, von A. Groth. (M. m. W., 1915, Nr. 14.) Von der Zentrallymphanstalt wurden im genannten Jahre 352 902 Portionen Lymphe für öffentliche und 7928 Portionen für private Impfungen abgegeben. Aus dem vorliegenden Bericht ist nicht mit Sicherheit zu entnehmen, daß die Zahl der Impfungen auch der Zahl der Portionen entspricht. Immerhin ist beachtenswert, daß nur bei 26 Fällen eine ulzeröse Entartung der Impfpusteln Platz griff und eitrige Entzündung der Achseldrüsen bei

Digitized by Google

sieben Kindern vorkam. Über Erysipel wird viermal berichtet, und bei drei Impflingen entwickelte sich eine schwere Erkrankung an konfluierender Vakzinia; diese drei Kinder waren alle mit Ekzem behaftet. Tödlich verlaufende interkurrente Erkrankungen während der Impfperiode kamen 21 mal vor, Eklampsie, Ernährungsstörungen, Erkältungsnephritis usw. Verfasser berechnet, daß dies einer Mortalität von nur 3,2 aufs Tausend und aufs Jahr entspricht, also ein Minimum gegenüber der sonstigen Sterblichkeit, die sich fürs erste Lebensjahr auf 198,7, fürs zweite auf 31,4 und fürs dritte auf 10,1 beziffert. Daß das (nicht durchgängig geübte) Desinfizieren der Haut vor der Impfung von wesentlichem Einfluß war, konnte nicht nachgewiesen werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über den Verlauf der Militärimpfungen anläßlich der Pockenfälle in der Kaserne Aarau, von Leutnant Remund. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 48.) Bestätigt die bekannte Tatsache, daß zum ersten Male geimpfte Erwachsene schwerer reagieren als Vorgeimpfte. S. Levy-Hamburg.

Winke für das Impfverfahren, von Isadore Dyer-New Orleans, La. (The Amer. J. of Trop., Dezember 1913, Bd. 1, Nr. 6.) Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen, die dazu dienen sollen, das Impfen gefahrlos und erfolgreich zu machen, sind bei uns in Deutschland teils gesetzlich festgelegt, teils den Impfärzten so in Fleisch und Blut übergegangen, daß ein Referat überflüssig erscheint. O. Lasch-Breslau.

Diabetes mellitus und Impfung, von Ziffer. (D. m. W., 1915, Nr. 21.) Z. hat fünf Diabetiker geimpft und keinen nachteiligen Einfluß davon gesehen.

E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Abgabe von Mitteln gegen Geschlechtskrankheiten usw. Durch Verordnungen einiger Generalkommandos, denen andere wohl noch folgen dürften, ist die Privatbehandlung von Geschlechtskrankheiten durch ärztlich nicht approbierte Personen, ferner der Verkauf von Abtreibungsmitteln, Rat und Hilfe an Frauen und Mädchen, öffentliche Anpreisung und Ausstellung von empfängnisverhindernden Mitteln bei hohen Strafen verboten worden.

Diese Verordnungen betreffen in einigen Punkten auch die Apotheken; es ist deshalb ganz besondere Vorsicht am Platze, um nicht fahrlässig gegen solche Verordnungen zu verstoßen.

In einer Besprechung des vorliegenden Gegenstandes schrieb die Pharm. Ztg. in Nr. 58, 1915:

Der im Jahre 1910 dem Reichstage vorgelegte Entwurf eines Gesetzes gegen Mißstände im Heilgewerbe sah ebenfalls ein Verbot der „Behandlung aller Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane“ usw. durch nicht approbierte Personen vor. Bei der Kommissionsberatung war auch erwogen worden, wie weit dieses Verbot die Verkaufstätigkeit der Apotheker beeinflussen könne. Zur Klärung dieser Frage gab in der Kommissionssitzung vom 30. März 1911 der Herr Ober-Reg.-Rat Isenbart namens der Regierung die folgende Erklärung ab:

„Es ist streng zu unterscheiden zwischen dem bloßen Verkauf von Heilmitteln und der Behandlung unter Abgabe von Heilmitteln. Das bloße Verkaufen von Heilmitteln durch Detaillisten stellt eine Behandlung im Sinne dieses Gesetzes nicht dar. Das Gewerbe des Detaillisten ist auf den Absatz von Waren gerichtet: ein Veräußern in

Digitized by Google

dem Rahmen dieses Gewerbebetriebes ist Verkauf, keine Behandlung. Selbst das Anpreisen eines Heilmittels, z. B. eines Frostmittels, eines Hustenmittels, fällt noch in den Rahmen des Verkaufsgeschäftes. Eine Behandlung setzt erst dann ein, wenn der Verkäufer über den Krankheitszustand des Patienten eine Prüfung vornimmt und nach deren Ergebnis das zu verabfolgende Mittel auswählt. Dem ist es gleich zu achten, wenn der Verkäufer die Prüfung zwar in Wirklichkeit nicht vornimmt, aber bei dem Käufer die Vorstellung erweckt, als ob eine solche Prüfung und eine daraufhin erfolgende Auswahl des Mittels stattfinde."

Wenn diese Auslegung an sich auch objektiv unbedingt zutreffend ist, so nötigen die gegenwärtigen besonderen Verhältnisse und der Umstand, daß Übertretungen der von den Militärbehörden ergangenen Verbote nur mit Gefängnisstrafe geahndet werden können, doch zu ganz besonderer Vorsicht. Der Apotheker wird deshalb gut tun, bei der Abgabe von Mitteln gegen Geschlechtsleiden ohne Rezept ein reines (und deshalb zulässiges) Verkaufsgeschäft nur dann anzunehmen, wenn der Käufer, ohne Bezugnahme auf irgend eine Krankheit lediglich ein im einzelnen genau benanntes Arzneimittel verlangt hat, etwa eine Schachtel Gonosan. Da hat der Apotheker keinen Anlaß, die Abgabe zu verweigern, denn das Mittel kann ja dem Patienten von einem Arzte verordnet sein. Aber so glatt und einfach vollziehen sich die Verkäufe solcher Mittel nicht immer. Bisweilen werden Zwischenfragen gestellt über die Wirksamkeit des Mittels bzw. der Wunsch nach einem schneller wirkenden geäußert, oder der Käufer verlangt überhaupt nur ein Mittel gegen das betreffende Leiden. Der Apotheker erkennt dann sofort, daß dieser Kranke sich nicht in ärztlicher Behandlung befindet und erst durch Befragung des Apothekers die nötigen Mittel zur Beseitigung seines Leidens sich verschaffen will. In solchen Fällen ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen äußerste Zurückhaltung am Platze und dringend zu raten, alle über das Verlangen nach einem bestimmten, genau bezeichneten Mittel hinausgehenden Wünsche des Publikums abzulehnen. Der Zweck der Verordnungen ist doch, alle Geschlechtsleidenden einer ärztlichen Behandlung zuzuführen, und dieser Zweck würde vereitelt, wenn der Apotheker einen Kranken, der keinen Arzt konsultiert hat, durch Empfehlung und Abgabe eines Mittels in der Selbstbehandlung unterstützt.

Es kann aber auch der Fall eintreten, daß in der Apotheke ein von einem nicht approbierten Heilkundigen ausgestelltes Rezept abgegeben wird, welches offenbar gegen ein Geschlechtsleiden dienen soll. Mag es sich hierbei nun um ein contra legem neu verschriebenes oder um ein älteres Rezept aus der Zeit vor Erlaß der Verordnung oder schließlich um ein solches aus einem anderen Bezirke handeln, wo dieses Verbot nicht besteht, der Apotheker wird in allen Fällen am klügsten handeln, die Anfertigung der Verordnung abzulehnen. Denn sonst wäre es immerhin möglich, daß ihm eine strafbare Beihilfe im Sinne des § 49 Str.-G.-B. zur Last gelegt wird. (Nach Pharm. Zhalle., 1915, Nr. 34.)

Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz von Desinfizientien unter Erhaltung der Virulenz keimfrei zu machen, von Friedberger und Mironescu. (D. m. W., 1914, Nr. 24.) Alle Versuche, durch chemische Desinfektionsmittel eine Sterilisierung der Lymphe unter Erhaltung der Virulenz zu erzielen, haben bisher nicht zu praktisch befriedigenden Resultaten geführt. Die einzige Methode, die einigermaßen Keimarmut bei relativer Erhaltung der Virulenz garantiert, ist die Verwendung abgelagerter mit Glyzerin versetzter Lymphe. Bei diesem Verfahren geht aber die Keimverminderung nur allmählich vor sich und ist keine absolut sichere. Nach 3—4 Monaten ist bereits die Virulenz der Lymphe erheblich abgeschwächt. F. und M. ist es gelungen, durch die bakterientötende Wirkung des ultravioletten Lichtes die Lymphe

Digitized by Google

keimfrei zu machen unter Wahrung ihrer Virulenz. Zur Weiterführung ihrer Untersuchungen sind den Verfasser vom Ministerium des Inneren Mittel zur Verfügung gestellt worden. E. Brinitzer-Altona.

Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen, von A. Neisser-Breslau. (D. m. W., 1914, Nr. 33.) N. gibt in dieser Arbeit in gedrängter Übersicht die nach seiner Meinung schnellste und während der Kriegszeit zweckmäßigste Behandlung der Syphilis, des Ulcus molle und des Trippers an. Die Frage, ob sich eine Allgemeinbehandlung der Syphilis bei marschierenden und Felddienst tuenden Soldaten durchführen läßt, beantwortet N. mit einem unbedingten „ja". Als Hg-Therapie kommt in erster Linie Mercinol (Engel-Apotheke-Breslau) in Betracht; man gibt es einmal wöchentlich $^1/_{10}$—$^1/_4$ ccm oder besser 7—10—15 Teilstriche der Zielerschen Spritze, im ganzen 0,7 Hg = 7 Spritzen zu 10 Teilstrichen der Zielerschen Spritze. Die Salvarsanbehandlung sollte in Form intravenöser Neosalvarsaninjektionen durchgeführt werden und zwar die erste Injektion mit einer Dosis von 0,4, die zweite Injektion 8—10 Tage später 0,6, die dritte, vierte und fünfte Injektion je 0,9 in je achttägigen Abständen. Stets ist Hg- und Salvarsanbehandlung zu kombinieren. Beide Injektionen können an demselben Tage vorgenommen werden. N. rät jeden mit einer venerischen, ulzerösen oder erosiven Affektion Behafteten gerade so zu behandeln wie einen mit sicherer Syphilis Infizierten. Den Schaden einer überflüssigen Syphilisbehandlung — falls man überhaupt von einem solchen sprechen dürfe — hält er für geringer als den verspäteten Beginn der Syphilisbehandlung. Zur Behandlung der Ulcera mollia empfiehlt er gründliches Auswischen aller Winkel und Buchten mit reiner unverdünnter Karbolsäure, über die man dann am besten 10%ige Jodoformvaseline oder Ungt. Zinci mit 20%igem Perubalsam appliziert. Als Abortivbehandlung der Blennorrhoe empfiehlt N. vorsichtige Injektion einer 4%igen Protargollösung mit Zusatz von 2%igem Alypin bzw. 5%igem Antipyrin. Die Injektion muß einmal täglich vom Arzt durchgeführt werden. Außerdem täglich zweimal Injektionen von $^1/_4$—$^1/_2$%iger Protargollösung mit 3%igem Antipyrin- oder $^1/_2$%igem Alypinzusatz. Jede Injektion muß 20 Minuten in der Harnröhre verbleiben. An Stelle dieser Abortivbehandlung ist auch zu empfehlen die Behandlung mit Novinjektolsalbe (Engel-Apotheke-Breslau). Auch in betreff der für die Soldaten in Frage kommenden Prostituierten tritt N. grundsätzlich dafür ein, jede einzelne solche Person einer Salvarsanbehandlung zu unterwerfen.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Reg.-Arzt kais. Rat Dr. Samuel Krüger (Kohn), gew. Assistent der dermatologischen Abteilung von Prof. H. v. Hebra an der Wiener Allg. Poliklinik, erhielt das Offiziersehrenzeichen vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration.

Geh. San.-Rat Dr. Max Taube, städtischer Kinderarzt in Leipzig, ist gestorben. Seiner Anregung ist zu verdanken, daß die Stadt Leipzig als erste deutsche Stadt eine amtliche Vormundschaft für schutzbedürftige uneheliche Kinder ins Leben rief, welche für die Jugendfürsorge vorbildlich gewesen ist.

Prof. Felix Martin Oberländer in Dresden-Blasewitz ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Oktober 1915 | Nr. 43 | Band 61

Aus der k. k. deutschen Dermatologischen Universitätsklinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Von

Priv.-Doz. Dr. E. Klausner.

In Nr. 34 dieser Wochenschrift berichtet Knack über drei Fälle von kontralateraler Alopezie, welche nach Schädelschußverletzungen an der der Einschußstelle entgegengesetzten Kopfhälfte aufgetreten war.

Als bemerkenswert bei seinen Fällen betont Knack

1. die kontralaterale Lokalisation des Haarausfalles,

2. die Latenzzeit zwischen Trauma und Auftreten der Alopezie: 6 Wochen, $^1/_4$ Jahr, $^1/_2$ Jahr,

3. die bei Ausschluß anderer Ursachen sichere, traumatisch-neurotische Grundlage des Leidens.

Ich habe nun anfangs dieses Jahres in einer Sitzung des Vereines deutscher Ärzte in Prag zwei Fälle von halbseitiger Alopezie des behaarten Kopfes nach Schädelschußverletzung demonstriert. Es handelte sich um zwei Soldaten, bei denen nach verschieden langer Zeit nach der Verwundung, der halbseitige Haarausfall auf der unverletzten, rechten Seite aufgetreten war. Der Haarausfall unterschied sich außer durch seine Halbseitigkeit von dem bei größeren Herden von Alopezia areata durch seinen unscharfen Übergang in die normal behaarte Haarzone. Im übrigen zeigte die Haut im Bereiche des Haarausfalles keinerlei auffallenden Veränderungen. Da in beiden Fällen vor etwa 4—5 Wochen eine Röntgenaufnahme der verletzten, linken Schädelhälfte in der Weise vorgenommen worden war, daß die Röntgenröhre laut Aussage der Patienten und auch sonst dem Orte der Verletzung entsprechend über der rechten Kopfhälfte zu stehen kam, habe ich den nach der Röntgen-Aufnahme auftretenden Haarausfall als Röntgenalopezie gedeutet. Über die Einzelheiten bei der Aufnahme konnte ich infolge äußerer Umstände, die Soldaten waren mit geheilten Schußwunden erst vor einigen Tagen mit einem Verwundetentransporte nach Prag gekommen, nichts Näheres erfahren.

In der dieser Demonstration folgenden Diskussion berichtete Prof. Waelsch über drei einschlägige Fälle von Röntgenalopezie.

Digitized by Google

Der erste Fall betraf einen Soldaten mit kontralateraler Alopezie nach Streifschuß oberhalb des linken Ohres. Sechs Wochen nach erfolgter Röntgenaufnahme in der Richtung von rechts nach links trat der Haarausfall an der rechten Schädelhälfte auf.

Der zweite Fall betraf einen 14 Jahre alten Knaben, mit einem nicht scharf abgegrenzten, mit ausspringenden Zacken in die normal behaarte Kopfhaut übergehenden Haarausfall des Hinterkopfes. Vor etwa sechs Wochen war eine Schnellaufnahme des Hinterkopfes, an dem sich bei der Untersuchung noch eine glattverheilte Hautnarbe als Folge eines Automobilunfalles fand, angefertigt worden.

Der dritte Fall betraf ein 24 Jahre altes Fräulein, bei der wegen bestehender Neuralgie eine Röntgenaufnahme gemacht worden war. Sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme trat halbseitige Alopezie auf. Waelsch betonte als charakteristisch für seine Fälle von Röntgenalopezie das Auftreten derselben ungefähr 6 Wochen nach erfolgter Röntgenaufnahme, die unscharfe Begrenzung der kahlen Partie gegen die normale Haarzone hin und schließlich die vollständige restitutio ad integrum.

Im Laufe der letzten Monate habe ich noch zwei Fälle von kontralateralem Haarausfall nach Schädelschußverletzung bei Soldaten gesehen. Doz. Fischer, aus dessen Beobachtung die beiden letzten Fälle stammten, hat im Laufe der Zeit noch weitere sechs Fälle unter dem Soldatenmaterial seiner Abteilung beobachtet. Auch bei diesen acht Fällen waren vor etwa 4—6 Wochen Röntgenaufnahmen gemacht worden. In allen diesen Fällen ließ sich die Richtung der Aufnahmen zum Teil durch die Angaben der betreffenden Soldaten, vor allem aber auch durch die Lokalisation der Schußverletzung feststellen.

Daß eine Schädigung der Haarpapille durch die Röntgenstrahlen nach Schnellaufnahmen möglich ist, beweist wohl sicher der dritte Fall von Waelsch, wo ohne vorausgegangenem Trauma nach einer Röntgenaufnahme nach Verlauf mehrerer Wochen ein halbseitiger Haarausfall eintrat, der nach einiger Zeit mit völligem Ersatz der Haare abheilte.

Zweifellos kann auch bei den Schnellaufnahmen durch die verschiedensten Zwischenfälle in der Technik die Erythemdosis erreicht werden und hierdurch eine vorübergehende Schädigung der Haarpapille und der als Folge auftretende Haarausfall verursacht werden. Die Möglichkeit dieser angedeuteten Zwischenfälle ist gerade in der jetzigen Zeit, wo es sich besonders in den militärischen Sanitätsanstalten oft um neueingerichtete, provisorische Röntgenstationen handelt, um so leichter gegeben. So berichtete mir ein erfahrener Röntgenologe über eine Reihe von Fällen, wo nach Schnellaufnahmen der Nierengegend intensive Erytheme der Haut auftraten, die alle ihre Erklärung darin fanden, daß die die Aufnahmen

Digitized by Google

besorgende Hilfskraft während der Röntgendurchleuchtung die Röhre durch Überlastung erweicht hatte. Es ist diese angeführte Tatsache nur ein ganz willkürlich gewähltes Beispiel für die Möglichkeit von Röntgenschädigung der Haut nach Schnellaufnahmen. So könnte auch die Anfertigung einer größeren Anzahl von Aufnahmen der verletzten Partie und die so leicht eintretende Summation der chemischen Wirkung der Röntgenstrahlen gerade bei Schädelaufnahmen eine Rolle beim Zustandekommen des Haarausfalles spielen.

Für die von mir beobachteten, beziehungsweise angeführten Fälle möchte ich als Ursache des kontralateralen Haarausfalles nach Schädelschußverletzungen die Röntgenstrahlen verantwortlich machen.

Die KNACKschen Fälle würden auf Grund der Tatsache, daß in allen Fällen in dem gleichen 3—4 Wochen betragenden Intervall nach Röntgenaufnahmen der kontralaterale Haarausfall eintrat, die Deutung einer Röntgenalopezie wohl ebenfalls zulassen, ich betone jedoch, daß damit die Frage des Bestehens einer traumatisch-neurotischen Alopezie nicht berührt werden soll.

Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation.

Nachtrag.

Von

J. SCHUMACHER, Berlin.

Meine gleichbetitelte Arbeit ist kürzlich durch ein Versehen ohne Korrekturdurchsicht erschienen. Ich sehe mich daher veranlaßt, nachträglich eine Stelle zu berichtigen und gleichzeitig einen wichtigen Hinweis nachzuholen, der nicht ohne weiteres aus der Arbeit hervorgeht.

Es ist chemisch nicht gleichbedeutend, ob man für einen Liter Wasser beispielsweise 0,02 g Jodsäure und 0,1 g Sulfosalizylsäure in 1 ccm Wasser löst und mit 0,2 g Jodkalium in 1 ccm Wasser gelöst vermischt und dann 1 Liter Wasser zufügt oder ob man zu 1 Liter Wasser die Reagentien zufügt. Verfährt man wie zuletzt, so sind die Desinfektionsmittel so hochgradig verdünnt, daß sie chemisch nicht mehr quantitativ reagieren und es resultiert daher bei diesem Verfahren eine viel geringer prozentige Jodlösung, die naturgemäß auch weniger stark desinfiziert als wenn man die Desinfizientien in wenig Wasser löst und dann auf 1 Liter Wasser auffüllt.

Digitized by Google

Dasselbe ist zu beachten bei der Desinfektion des Wassers zur Salvarsaninjektion. Es müssen daher vorher 0,001 Jodsäure, 0,005 g Sulfosalizylsäure und 0,01 g Jodkalium in 1 ccm gelöst werden, resp. 1 ccm einer fertigen Lösung[1]) verwendet werden und dieser zu den 6 ccm Wasser gegeben werden. Würde man aber der Reihe nach 0,001 g Jodsäure, 0,005 g Sulfosalizylsäure und 0,01 g Jodkalium in 6 ccm Wasser lösen, so resultiert eine etwas weniger konzentrierte Lösung, die desinfektorisch naturgemäß nicht so wirksam ist. Den geringeren Jodgehalt erkennt man auch beim Titrieren mit Natriumthiosulfat. Hat man zu 6 ccm Wasser 1 ccm obiger fertiger Jodlösung gebracht, so genügen ca. 0,8 ccm einer 1%igen Natriumthiosulfatlösung, rund 0,01 g[2]) zur Bindung des Jods. Wird die Lösung falsch bereitet, so ist weniger Thiosulfat erforderlich.

Bei meinen bakteriologischen Versuchen verfuhr ich folgendermaßen, welche Technik genau eingehalten werden muß. Zu 6 ccm einer Aufschwemmung von Staphylococcus pyogenes aureus wurde 1 ccm der nach der obigen Vorschrift hergestellten Jodlösung gegeben. Nach 1, 2, 3 und 5 Minuten wurde auf gewöhnlichen Nähragar abgeimpft und nach viertägiger Brutzeit das Resultat abgelesen. Die Röhrchen waren stets steril.

Die einfache Lugolsche Lösung habe ich nicht verwendet, weil die Sulfosalizylsäure einen Vorteil bietet, da sie an organische Substanzen, also auch an Bakterien gebundenes Jod wieder in Freiheit setzt[3]).

Die erforderlichen Lösungen[4]) sind nach folgenden Formeln zu verschreiben:

Rp.	Acid. jodic.	0,1	Rp.	Natrii. subsulfuros.	1,0
	Solve in Aqu. dest.	10,0		Aquae dest. steril.	100,0
	Adde			Divide in partes aequales	
	Acid. sulfosalicyl.	0,5		Nr. C. Fiat ampull.	
	Kal. jodati.	1,0			
	Aquae dest.	90,0			
	Divide in part. aequ. No. C.				
	Fiat ampull.				

Die weitere Technik ist bereits früher beschrieben.

---

[1]) Die Lösung wird folgendermaßen bereitet: Zu 10 ccm Wasser werden 0,1 g Jodsäure gegeben und nach deren Auflösen 0,5 g Sulfosalizylsäure und 1,0 Jodkalium. Das sich abscheidende Jod löst sich rasch wieder. Alsdann wird auf 100 ccm Wasser aufgefüllt. — [2]) In der letzten Arbeit ist ein Kommafehler. — [3]) Sie macht primär eine jodhaltige Säure frei, die sich mit der vorhandenen Jodsäure von neuem umsetzt. — [4]) Von dem ursprünglich beabsichtigten Vertrieb der Ampullen durch eine einzige Apotheke habe ich aus äußeren Gründen abgesehen.

Digitized by Google

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

(Schluß.)

In die dermatologische Abteilung des Weinberger Krankenhauses wurde am 15. April 1914 eine 22jährige Lehrerin mit einem über die oberen Extremitäten und das Gesicht ausgebreiteten Ausschlag aufgenommen, der klinisch das Bild jener Erkrankung darbot, die wir als Erythema exsudativum multiforme zu diagnostizieren gewöhnt sind. Die Patientin hatte auf den genannten Körperpartien teils fleckige, teils das Hautniveau überragende, erbsengroße und größere, vereinzelte und zu größeren zusammenhängenden Plaques zusammenfließende, dunkelbraunrot gefärbte Effloreszenzen. Diese Plaques hatten ein deutlich vertieftes, zyanotisches Zentrum und eine erhabene, braunrot bis ziegelfarbig gefärbte Peripherie. Die einzeln stehenden Effloreszenzen waren bis nußgroß, halbkugelförmig, derb und nicht schmerzhaft. Hier und da wies ihre Kuppe eine mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blase auf. Analoge Blasen befanden sich auch auf den konfluierenden Infiltraten. An den oberen Extremitäten fanden sich diese krankhaften Veränderungen fast ausschließlich auf den Extensorenseiten. Am meisten befallen waren die Dorsalseiten der Hände und der Finger. Auf dem Vorderarm reichten die Effloreszenzen etwa bis zum oberen Drittel. Die unteren Extremitäten und der ganze übrige Körper war frei von Effloreszenzen.

Dabei war der Allgemeinzustand der Patientin durchaus nicht alteriert. Die Temperatur war ganz normal, ebenso auch alle anderen Funktionen des Organismus. Subjektiv klagte die Patientin über intensives Juckgefühl, das namentlich bei Nacht infolge der Bettwärme sehr unangenehm wurde. Andere Beschwerden waren nicht vorhanden, speziell bestanden keine Gelenk- oder Knochenschmerzen.

Auf den ersten Blick ähnelte also diese Erkrankung der unter dem Namen Erythema exsudativum multiforme Hebra bekannten Affektion. Doch konnte diese Diagnose nicht gestellt werden, da nur das Gesicht und der distale Teil der Oberextremitäten befallen war. Das Hebrasche Erythem befällt aber bekanntlich auch die Unterextremitäten. Außerdem aber sprach gegen diese Diagnose auch der Umstand, daß keine Spur

Digitized by Google

von Allgemeinsymptomen vorhanden war, die das Hebrasche Erythem stets begleiten und als solches charakterisieren.

Als wir nach der Ursache dieses eigentümlichen Exanthems forschten, erfuhren wir, daß die Kranke an dieser Affektion schon mehrere Jahre leidet; nicht immer, sondern nur im Sommer; im Winter ist sie ganz gesund. Sobald aber die Frühjahrssonne scheint und sich warme, sonnige Tage einstellen, erscheint auch sofort der Ausschlag. Wenn sich während der Sommerszeit schattige und kühle Tage einstellen, verliert die Patientin den Ausschlag vollständig oder zum größten Teil. Eine Erleichterung empfindet die Patientin auch dann, wenn sie zur Sommerszeit in einem geschlossenen Lokal bleibt oder in einer höher gelegenen kühlen, an Wald und Schatten reichen Gegend weilt. Diese Angabe der Kranken konnten wir während ihres Aufenthaltes auf unserer Abteilung zufällig kontrollieren und bestätigen. Denn während ihres Krankenhausaufenthalts folgten auf sonniges und warmes Wetter unfreundliche und kühle Tage. Wir trugen der Patientin auf, bei jedem Wetter den größten Teil des Tages draußen im Krankenhausgarten zuzubringen. Und wir sahen tatsächlich, daß bei kaltem und unfreundlichem Wetter der Ausschlag fast vollständig verschwand, während er, sobald die Tage sonnig und warm wurden, wiederum erschien. Es war demnach klar, daß die Affektion der Patientin durch das Sonnenlicht verursacht wurde und wir demnach in diesem Falle die Diagnose auf Erythema exsudativum multiforme solare stellen mußten. Diese Diagnose wurde auch durch das Resultat der Therapie bestätigt. Bekanntlich reizt vom Spektrum der Sonnenstrahlen die Haut am meisten sein chemischer Teil. Es ist ferner bekannt, daß man mit gewissen Präparaten die Haut gegen diesen Teil des Spektrums weniger empfindlich machen kann. Besonders bewährt hat sich in dieser Beziehung das Chinin. Wir verordneten also unserer Patientin Chininsalbe und fanden, daß mit diesem Mittel die Krankheit wenn auch nicht vollständig geheilt, so doch wenigstens auf ein Minimum reduziert werden konnte.

Vom Erythema exsudativum muß das Erythema inflammativum unterschieden werden, das durch die reine, unkomplizierte entzündliche Reaktion, die klinisch makulöse Effloreszenzen hervorruft, bedingt ist. Dieses hieß bis jetzt Erythema congestivum. Dies ist, wie wir bereits im ersten Teil unserer Arbeit bewiesen haben, nicht richtig. Das Erythema congestivum ist, wenn wir die Bezeichnung wörtlich nehmen wollen, eine kutane Makel, die pathologisch-anatomisch nur durch einen plötzlichen Blutandrang zu einer bestimmten Stelle, also durch einfache Hyperämie, bedingt ist. Derartige Erytheme entstehen durch eine direkte oder reflektorische Reizung der Vasodilatatoren. Wir kennen ihrer mehrere, z. B. das Erythema pudendi, iracundiae, das Erythem bei Meningitis usw.

Digitized by Google

Von diesen Erythemen muß eine andere Gruppe von Erythemen gut unterschieden werden, die, wie bereits erwähnt, mit Unrecht zu den kongestiven Erythemen gezählt werden, nämlich die durch die entzündliche Reaktion entstehenden Erytheme. Diesen kommt die Bezeichnung Erythema inflammativum zu. Die Gruppe der inflammativen Erytheme können wir vom ätiologischen Standpunkt ebenso einteilen wie die Hautentzündungen überhaupt. Wir können also zwei Hauptgruppen der entzündlichen Erytheme unterscheiden: a) die infektiösen und b) die nichtinfektiösen. Zu den ersteren gehört z. B. das skarlatinöse, das morbillöse, das typhöse, das variolöse Erythem und auch das in neuester Zeit beschriebenen Erythema migrans. Dann gibt es eine Reihe von nichtinfektiösen inflammativen Erythemen, die durch irgend eine zur entzündlichen Reaktion der Haut führende Energie hervorgerufen werden können: das Erythema traumaticum, solare, toxicum, das durch den Genuß verschiedener toxischer, medikamentöser und anderer Substanzen entstehende Erythem, das bei hysterischen Personen vorkommende Erythema inflammativum nervosum usw.

Die inflammativen Erytheme, die einzig und allein der klinische Ausdruck der entzündlichen Reaktion sind, gehören in die Gruppe der Entzündungen. Eine selbständige Gruppe im pathologisch-anatomischen System können sie nicht bilden. Doch ist es vom klinischen Standpunkt angezeigt, diese Gruppe als eine Unterabteilung in der Gruppe der Hautentzündungen beizubehalten.

Das exsudative Erythem aber, das durch seine pathologisch-anatomische Natur eine Kombination zweier pathologischer Prozesse darstellt, bildet, wie wir bereits begründet haben, eine selbständige Gruppe im System der Hautkrankheiten.

Damit gelangen wir, wie man sieht, zu einer vollständigen Klärung des klinischen Begriffs des Erythems. Zu dieser Klärung gelangten wir dadurch, daß wir den klinischen Begriff dem pathologisch-anatomischen System unterordneten. Diesen Vorgang halte ich für den richtigsten, und zwar schon aus dem Grunde, weil die sich daraus ergebende Anschauung über die bisherige Gruppe der Hauterytheme sehr einfach und leicht faßlich ist.

Das Erythem ist ein klinischer Begriff, der besagen will, daß sich eine umschriebene Hautstelle dem bloßen Auge hyperämisch darstellt. Diese dem unbewaffneten Auge sich präsentierende klinische Erscheinung kann pathologisch-anatomisch auf eine dreifache Weise zustande kommen:

1. durch Hyperämie, die auf einer Reizung der Vasodilatatoren beruht (Erythema congestivum);

2. durch die entzündliche Reaktion, bei der die entzündlichen Er-

Digitized by Google

scheinungen, speziell die Dilatation der Gefäße und deren Überfüllung mit Blut, über die Exsudation und das Infiltrat überwiegen (Erythema inflammativum);

3. durch Kombination der entzündlichen und lymphatischen Reaktion (Erythema exsudativum).

Im ersten und zweiten Falle handelt es sich klinisch um Flecke, die das Hautniveau nicht oder nur unbedeutend überragen. Sie können diaskopisch voneinander unterschieden werden. Im dritten Falle handelt es sich um papulöse, tuberöse und vesikulöse Effloreszenzen mit Symptomen, die sowohl für die entzündliche als auch für die lymphatische Reaktion sprechen. Das Erythema inflammativum und exsudativum sind also zwei einander ziemlich nahestehende Prozesse, und deshalb finden wir sie oft gemeinsam bei ein und demselben Individuum. Deswegen können wir auch, wie wir gesehen haben, die durch diese Effloreszenzen charakterisierten krankhaften Zustände nach ein und demselben ätiologischen Prinzip einteilen. Ja, wir können sogar behaupten, daß beide Erytheme ätiologisch oft dieselbe Ursache haben können. Warum bei gleicher Ursache das eine Mal das Erythema inflammativum, ein andermal das Erythema exsudativum entsteht, erklärt sich aus unserer zweiten oben angeführten Deduktion, daß nämlich das klinische Bild der Krankheit nicht immer vom Reiz, sondern auch von der Reaktibilität des Organismus des Kranken abhängt. Sobald wir konstatiert haben, daß es erstens Menschen mit gesteigerter lymphatischer Erregbarkeit gibt und daß sich diese gesteigerte Erregbarkeit dadurch äußern kann, daß der betreffende Mensch mit der lymphatischen Reaktion auf Reize reagiert, die auch die entzündliche Reaktion hervorrufen können, und daß es zweitens Menschen mit gesteigerter entzündlicher Reaktibilität gibt, bei denen ein Reiz, der bei einem normalen Menschen nur eine Hypersekretion von Lymphe hervorruft, auch das labile Zellplasma schädigen und auf diese Weise gleichzeitig auch die entzündliche Reaktion hervorrufen kann, dann ist wohl begreiflich, daß das klinische Bild von dem Reizmittel allein nur bei solchen Menschen abhängt, die eine ganz normale Hautreaktibilität besitzen. Nur diese bekommen nach Sonnenstrahlen nur ein entzündliches Erythem und nach Berührung mit der Meduse eine Urtikaria. Disponierte Menschen aber können auf denselben Reiz, durch dieselbe Schädlichkeit klinische Symptome bekommen, die entweder der entzündlichen oder der lymphatischen Reaktion allein oder einer Kombination beider entsprechen. Derselbe Reiz kann also bei dem einen Menschen ein inflammatives Erythem und bei dem anderen Menschen eine Urtika, oder bei dem einen eine Pemphigusblase und bei dem anderen ein exsudatives Erythem hervorrufen.

Digitized by Google

Das Argumentum ad oculos für das Gesagte finden wir in den Arbeiten über die Hautexantheme, die durch Sonnenstrahlen auf der Haut hervorgerufen werden können. Bei dem normalen Durchschnittsmenschen ruft, wie die tägliche Erfahrung lehrt, das Sonnenlicht, wenn es mit genügender Intensität und genügend lange einwirkt, auf der Haut ein inflammatives Erythem hervor: Erythema inflammativum solare. Im Jahre 1910 publizierte Ochs im Med. Record einen Fall betreffend eine 34jährige, ganz gesunde Frau, die jedesmal, sooft sie in die Sonne ging, auf den unbedeckten Hautpartien Urtikariaquaddeln bekam. Je intensiver das Sonnenlicht war, desto größer waren die Urtikariaquaddeln: Urticaria solaris. Hierbei fehlten die Entzündungserscheinungen vollkommen. Seit Bazin kennen wir einen eigentümlichen Hautausschlag, der bei manchen Menschen durch Sonnenstrahlen hervorgerufen wird und der durch das Auftreten von Pemphigusblasen auf den entblößten, gegen die Sonnenstrahlen nicht geschützten Körperteilen charakterisiert ist. Wir bezeichnen ihn als Hydroa aestivalis. Er ist, wie aus den Beschreibungen hervorgeht, nichts anderes als manchmal ein reiner Pemphigus solaris, ein andermal ein Erythema exsudativum bullosum. Auch unser oben beschriebener Fall ergänzt diese Reihe durch das Erythema exsudativum solare.

Wenn wir das eben Gesagte gut erwägen, müssen wir schon a priori erwarten, daß die gleichen Verhältnisse auch bei den anderen Arten der infektiösen und nichtinfektiösen Reize vorhanden sein werden. Diese Annahme wird durch die an Hauterythemen verschiedener Art gewonnenen Erfahrungen bestätigt. Alle Reizmittel, mögen sie infektiös, nicht-infektiös oder toxisch sein, rufen beim Durchschnittsmenschen einen bestimmten Hautausschlag hervor. Daher können wir in der Regel aus dem Aussehen des Ausschlags einen Schluß ziehen auf seine Ursache, auf den Reiz selbst. Aber wie viele Ausnahmen gibt es von dieser Regel! So wissen wir z. B., daß das Masernexanthem am häufigsten durch Hautflecke des inflammativen Erythems dargestellt wird. Aber in abnormalen Fällen kann es mehr dem urtikariellen Erythem ähnlich sein. Wie mannigfaltig kann ferner das Bild des septischen, des vakzinalen Exanthems sein! Und dasselbe gilt auch für die nicht-infektiösen Exantheme. Erinnern wir uns nur daran, daß z. B. die häufigste Form des Ausschlags nach dem Genuß von Austern oder verdorbenen Fischen ein Erythem exsudativer Natur zu sein pflegt, daß aber daneben sehr häufig auch inflammatives, morbillöses und skarlatinöses Erythem beobachtet wurde. In analoger Weise bieten die Jod-, Antipyrin-, Serumexantheme bei verschiedenen Menschen ein verschiedenes Bild dar. Bei allen können miteinander abwechseln oder gleichzeitig nebeneinander vorkommen das Erythema

Digitized by Google

inflammativum, die Urtika, die Pemphigusblase oder die Kombination aller, das Erythema exsudativum. Deswegen haben wir uns, um uns über die Ursache des Ausschlags zu orientieren, daran gewöhnt, außer dem Ausschlag stets auch die übrigen, die Krankheit eventuell begleitenden Symptome, den Allgemeinzustand des Kranken und den Krankheitsverlauf zu berücksichtigen. Daß es auch Reize gibt, die bei Menschen mit normaler Reaktibilität gleichzeitig zur entzündlichen und zur lymphatischen Reaktion Beziehung haben, wurde bereits oben gesagt.

Ich war in der vorliegenden Studie bemüht, eine große Gruppe von Hautkrankheiten, die sogenannten Angioneurosen der Haut, auf eine ganz neue Basis zu stellen. Ich habe den bis heute herrschenden genetischen Standpunkt durch den pathologisch-anatomischen ersetzt. Der Umbau wurde nur in allgemeinen Umrissen durchgeführt; er wird noch durch so manches verbessert und sicher noch durch vieles zu ergänzen sein. Trotz dieser Mängel glaube ich diesen Versuch publizieren zu dürfen. Er bringt uns dem Ideale Hebras näher, die Hautkrankheiten einzig und allein vom pathologisch-anatomischen Standpunkt zu betrachten, er vereinfacht und beleuchtet unsere Anschauungen über zahlreiche Hautkrankheiten, deren Wesen und klinische Determination bis jetzt unklar und strittig waren.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über Diabetes mellitus und Impfung, von Voigt. (D. m. W., 1915, Nr. 15.) V. erwidert Prof. Eichhorst-Zürich, der über einen tödlich verlaufenen Fall von Diabetes mellitus im Anschluß an die Kuhpockenimpfung berichtete, daß es sich in diesem Falle nur um ein zufälliges Zusammentreffen von Impfung und Diabetes handle. V. hält es für bedauerlich, daß Fachgelehrte grundlos das so segensreiche Schutzverfahren gegen die Pocken verdächtigen und so den Impfgegnern Waffen liefern.

E. Brinitzer-Altona.

Weitere Untersuchungen über das Vakzinevirus, von S. v. Prowazek-Hamburg und S. Miyaji-Tokio. (Zbl. f. Bakteriol., 1914, Bd. 75, H. 2.) Vakzinevirus wird durch Pepsinsalzsäure in weitgehendem Maße verändert, dagegen nicht durch Trypsin, das sich für eine Isolierung des Virus vom Korneaepithel eignet. Glyzerinlymphe reduzierte Methylenblau und Azur II bei 37° C stark, weniger stark bei Zimmertemperatur im Dunkeln. Glyzerin schädigt das Virus anscheinend nicht in außerordentlichem Maße. Vakzinevirus wird vom Kaninchen intraperitoneal in kurzer Zeit vernichtet. Schafft man vorher in der Bauchhöhle ein Exsudat, so phagozytieren zwar die Leukozyten das Virus, vernichten es aber nicht vollständig. In vitro können diese Experimente nicht wiederholt werden. Hodenimpfungen sind für ein experimentelles Arbeiten sehr zu empfehlen. In den Samenzellen werden die Archoplasmen durch die Einführung des Virus nicht verändert. Das Guarnierische Phänomen wird nicht durch mit Galle,

Digitized by Google

Neutralrot sowie Wärme abgetötete Vakzine erzeugt und ist demnach nur eine Reaktion auf lebendes Virus. Nach einer gewissen Zeit können immune Kornea und immune Kaninchenhäute unter Umständen nur das Korneavirus, nicht aber das Glyzerinvirus abtöten. Durch das Glyzerin werden wahrscheinlich andere Modifikationen des Virus geschaffen, bezüglich verändert das Glyzerin die Parasitizidie der Immunkornea. Serienversuche sind erwünscht. Nach einer kornealen und kutanen Impfung sowie Zweitimpfung traten im Serum der Kaninchen keine zunächst mit unsern Hilfsmitteln nachweisbaren Immunkörper auf. Durch Injektion von Milzbrei und Hautemulsion der behandelten Kaninchen konnte in einem Falle keine, im anderen Falle erst nach einer Hautimpfung eine Korneaimmunität erzielt werden. Kaninchencorneae, die mit Emulsionen von Korneavirus plus immuner Kornea behandelt wurden, sofern nicht ein Guarnierisches Phänomen auftrat, mit Erfolg vakziniert worden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpockenimpfstoffes, von Voigt-Hamburg. (D. m. W., 1915, Nr. 2.) „Die nach Fornet mit Äther behandelte Vakzine bietet weder einen ausreichend haftsicheren, noch dauerhaft aufbewahrbaren, noch bequem verimpfbaren (weil krümelig), noch erträglich billigen Impfstoff."

E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis, von K. Obmann-Zittau. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Die Berechtigung der Untersagung des Schutzpockenimpfens bei bestehendem Ekzem wird an diesem ein $1^3/_4$ jähriges Kind betreffenden Fall präzis erwiesen. Dasselbe war eben wegen des Ekzems von der Impfung zurückgestellt worden, wurde aber offenbar durch den mit gutem Erfolg geimpften zwölfjährigen Bruder infiziert. Unter zeitweilig recht bedenklichen Allgemeinerscheinungen entwickelt sich eine diffuse Aussaat von Pusteln am ganzen Körper; es bestand starke Vermehrung der Leukozyten und namentlich Lymphozytose, und ein Pockenverdacht war nicht ganz von der Hand zu weisen. Es vergingen bis zur Genesung und Entlassung volle acht Wochen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über Vakzineerkrankung des Auges, von E. Kuhlfelt. (Finska Läkaresellskapets Handlingar, 1915, Bd. 57. Nr. 5.) K. fand bei einem sechsjährigen Knaben, welcher neun Tage vorher mit Erfolg zum ersten Male geimpft worden war, an der Lidhaut eine typische Impfpustel und am unteren Hornhautrande ein kleines Infiltrat, das zwei Tage später ulzerierte. Wahrscheinlich hatte der Junge, welcher infolge einer chronischen Hautkrankheit sich zu kratzen pflegte, spätestens drei Tage nach der Impfung zu gleicher Zeit das Lid und die Hornhaut mit Impfstoff oder mit dem Inhalt einer Impfpapel infiziert. K. hält die Impferkrankung des Auges für eine wirklich seltene Krankheit, die nach der Ansicht des Verfassers hauptsächlich darauf beruht, daß die meisten Menschen, auf Grund einer früher oder kurz vor der Übertragung des Infektionsstoffes erfolgten Impfung, gegen den spezifischen Erreger der Vakzine immun sind. Die Krankheit muß nach seiner Ansicht in der Mehrzahl der Fälle durch Infektion mit Lymphe aus den Impfpusteln entstehen, denn unter 66 in der Literatur erwähnten Fällen ist in den meisten die Infektion am 7.—11. Tage nach der Impfung erfolgt, zu einer Zeit also, wo der Impfstoff wahrscheinlich schon abgestoßen, eingetrocknet, wenig haftend sowie schwächer virulent ist, während die in den Impfpusteln entstandene Vakzine klebrig ist und bereits maximale Virulenz erlangt hat. — (Etwas verkürztes Autoreferat.)

W. Holland-Kristiania.

Zur Frage der Impfschädigung, von F. Göppert-Göttingen. (Ther. Mh., 1914, Nr. 11.) Unter den Komplikationen der Impfung und den im Anschluß an letztere auftretenden oder auch nur von Laien auf letztere zurückgeführten Krankheiten, mit

Digitized by Google

denen sich Verfasser beschäftigt, betrifft das dermatologische Gebiet vor allem das chronische Ekzem. Verfasser führt Beispiele universeller Erkrankung an Kuhpocken und Übertragung der Vakzine vom geimpften Kind auf ungeimpftes an bei Kindern, die an konstitutionellem Ekzem gelitten hatten, das bis auf leichte Spuren abgeheilt war. Er kommt deshalb zu der Forderung, daß man Kinder, die Spuren chronischen Ekzems zeigen, unnachsichtlich und zwar auf ein volles Jahr zurückstellen soll, auch wenn sie schon ein halbes Jahr lang relativ geheilt sind. Das gleiche sei zu tun, wenn in derselben Familie ein jüngeres Ekzemkind vorhanden ist. Auch kann ein konstitutionelles Ekzem (Milchschorf) am Ende der 2.—4. Woche nach der Impfung wieder aufflammen. Erysipel, das erst von der 2.—3. Woche ab in Betracht kommt, scheint nicht häufiger vorzukommen als es auch sonst bei Neugeborenen von wunden Stellen des Integuments ausgeht. Verfasser wünscht, da die Rose in den ersten drei Lebensmonaten eine sehr viel gefährlichere Krankheit als später ist, daß die Impfung in den ersten fünf Monaten lieber unterlassen werden soll. Auf Strophulus hat eine starke Impfreaktion stimulierende Wirkung. Da Neigung zu Furunkulose dann vermehrt wird, wenn starkes Schwitzen die Haut aufweicht, wünscht Verfasser, daß nicht während der heißen Jahreszeit geimpft wird. Insgesamt sollen alle nachweislich zu Hauterkrankungen neigenden Kinder womöglich bis zum zweiten Lebensjahr von der Impfung befreit werden.

E. Klemm-Leipzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Ein Fall von Lepra, von C. M. O. Brien-Dublin. (Dublin m. J., Juli 1915.) Verfasser gibt erst eine gute Übersicht über Lepra im allgemeinen. Der Patient, ein 33jähriger Mann, hatte als Soldat in den Tropen vor zehn Jahren Lepra akquiriert. Er hatte jetzt Manifestationen von tuberöser Lepra und eine stark positive Wassermannsche Reaktion. H. Boas-Kopenhagen.

Die Lepra in Tunis, von G. Eichmüller. (Prov. méd., 1914, Nr. 28, nach einem Aufsatz in Tunisie méd.) Verfasser hat in Tunesien zwölf Fälle von Lepra tuberosa feststellen können, von denen nur drei Eingeborene betrafen, während die übrigen Kranken aus Malta stammten. Er nimmt an, daß von den letzteren, um sich der in Malta gehandhabten Internierung zu entziehen, Tunis als Zufluchtsort aufgesucht wurde, wo sie sich vollkommener Freiheit erfreuen. E. Klemm-Leipzig.

Die Pflicht der Regierung, für Leprakranke zu sorgen und sie zu kontrollieren, von Isadore Dyer-New Orleans. (J. of Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) D. tritt für die Isolierung der Leprakranken und Errichtung einer Kolonie, beziehungsweise eines Asyls ein, das einerseits eine günstige Gelegenheit zum Studium der Lepra bietet, andererseits aber nicht ein Zwangsinternat, sondern eine Heilanstalt sein soll.

F. John-Leipzig.

Die Notwendigkeit der Errichtung eines staatlichen Leprosoriums, von W. C. Rucker-Washington. (J. of Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) R. entwirft eine Parlamentsakte zur Verhütung der Ausbreitung der Lepra in den Vereinigten Staaten.

F. John-Leipzig.

Etwas vom Verhältnis zwischen Tuberkulose und Lepra, von H. P. Lie-Bergen. (Med. Revue, 1914, Nr. 5, Festschr. f. Klaus Hanssen.) Es wird eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen Tuberkulose und Lepra erwähnt, aber auch viele Ungleichheiten, welche bewirken, daß man scharf zwischen diesen beiden Krankheiten scheiden darf. Speziell müssen Bakteriologen, die mit Leprabazillen experimentieren, sowohl auf

Digitized by Google

den klinischen Verlauf, als auf die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra aufmerksam achten. Verfasser beschreibt einige histologische Veränderungen, die bei Lepra vorkommen können; eine eingehende Beschreibung wird den leprösen Riesenzellen gewidmet. Dabei geht Verfasser auf die Frage der tuberkuloiden Lepra ein, die genau erörtert wird. Er beschreibt seine Züchtung von Tuberkelbazillen aus leprösen Organen, Milz, Lymphdrüsen und Hautknoten. Durch eine Menge statistischer Daten zeigt er, daß bei ca. 5% der Fälle die Lepra in der Ehe übertragen wird, während lepröse Eltern die Krankheit öfter auf ihre Kinder übertragen, und zwar je öfter, je intimer das Zusammenleben ist. Daher ist die Gefahr der Ansteckung bei Lepra sowie bei Tuberkulose an den Kranken und seine nächste Umgebung geknüpft. Jüngere Individuen werden von Lepra wie von Tuberkulose leichter infiziert als ältere. Schließlich zeigt Verfasser, daß die Tuberkulose unter den Leprösen in den Krankenhäusern sehr häufig ist und den Tod ungefähr zweimal so oft bei der knotigen als bei der anästhetischen Lepra hervorruft. W. Holland-Kristiania.

Ist die Lepra kontagiös? von Dom Sauton. (Prov. méd., 1914, Nr. 28.) Verfasser gelangt auf Grund von Literaturstudien zu folgenden Schlüssen, die nicht allseitig uneingeschränkte Beistimmung finden dürften: 1. Weder die Bakteriologie, noch die Klinik, noch die Geschichte und der Gang der Epidemien erlauben heute die direkte Ansteckung des gesunden durch das lepröse Individuum als Dogma aufzustellen. 2. Die Ärzte und Direktoren der Hospitäler und der Leproserien bekennen, daß die Leprösen, die sie beherbergen, keine Quelle der Ansteckung gewesen sind, weder unter ihnen noch in der Nachbarschaft. 3. Die offensive Rückkehr der Lepra nach Frankreich besteht nur in der Einbildung, nichts läßt sie gegenwärtig voraussehen. 4. Die Hospitalisation, wie man sie in Bergen handhabt, die den Leprösen dem gewöhnlichen Kranken gleichstellt, sollte das einzige Mittel sein, dessen man sich bedient, um Frankreich gegen den mysteriösen Bazillus Hansen zu schützen. 5. Die Heilung der Lepra ist häufiger als man im Publikum annimmt, und die Remissionen gleichen oft den Heilungen.
E. Klemm-Leipzig.

Ist die Lepra ansteckend? von Ch. Audry. (Prov. méd., 1914, Nr. 30.) Unter Anführung eines Zitates wendet sich Verfasser gegen die Behauptung Dom Sautons, die Ärzte hätten die Leprösen für ungefährlich für ihre Umgebung erklärt.
R. Frühwald-Leipzig.

Pathologisch-anatomische Beobachtungen über einen Fall von Lepra universalis, von Helene Fambri. (Virch. Arch., Bd. 218, H. 3.) Ausführliche, sehr temperamentvoll geschriebene Arbeit über einen Fall von Lepra universalis mit multipeln, sicher reinen Lokalisationen in der Lunge, kombiniert mit genitalen Läsionen, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit der Hansensche Bazillus mit dem Kochschen vergesellschaftet ist, und Lokalisationen in der Milz, dem Knochenmark, dem Peritoneum, bei denen die erzielten experimentellen Resultate weder zur Annahme noch zur Ausschließung der Mischform berechtigen. E. Brinitzer-Altona.

Neue Untersuchungen über die experimentellen leprösen Läsionen des Kaninchenauges, von Rodolfo Stanziale-Neapel. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) Anschließend an früher ausgeführte Untersuchungen konnte St. feststellen, 1. daß die experimentell im Kaninchenauge erzeugten Läsionen bis zu einem gewissen Punkt serienweise reproduziert werden können, wenn man das neugebildete Material aus einem Tier direkt auf ein anderes weiter überträgt, wodurch zweifellos die Vitalität des Keimes bezeugt wird; 2. daß das Lepramaterial im Kaninchenkörper zwar sein pathogenes Vermögen beibehält, doch aber eine derartige Anpassung erfährt, daß es immer weiter abgeschwächt wird; 3. daß es möglich ist, aus den experimentellen Lepragranulomen

Digitized by Google

des Kaninchenauges einen säurefesten Bazillus zu isolieren, der mit dem von KEDROWSKI aus menschlichen Lepraknoten erhaltenen vollkommen identisch ist und sich von ihm nur dadurch unterscheidet, daß er nicht dasselbe pathogene Vermögen aufweist, da er nicht wie jener die Eigenschaft besitzt, in den Versuchstieren die Bildung von den menschlichen Lepromen ähnlichen und bazillenreichen Lepraknoten hervorzurufen.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Ein Beitrag zur Bakteriologie der Lepra (vorläufige Mitteilung), von J. A. JOHNSTON-Manila. (Philippine J. Sc., Juni 1914.) Aus der Milz von zwei im Hospital San Lazaro verstorbenen Leprakranken hat J. einen absolut nicht säurefesten Streptothrix gewonnen, der nach anfänglicher Züchtung auf Plazentaragar und Fischsaftagar jetzt gut auf gewöhnlichem Glyzerinagar gedeiht. Die Kulturen bilden perlweise Kolonien, welche nach Ablauf von etwa vier Monaten allmählich eine braune Färbung annehmen. Impfungen bei Kaninchen, intravenös ausgeführt, verliefen negativ, aber zwei subkutan mit einer Streptothrixaufschwemmung geimpfte Meerschweinchen entwickelten Prozesse, aus denen sich ausgesprochen säurefeste Bazillen wiedergewinnen ließen. Ähnliche Beobachtungen sind von BAYON und von KEDROWSKI berichtet worden. Die verschiedenen Formen der Mikroorganismen sind durch gute Photogramme veranschaulicht. Verfasser ist überzeugt, daß der Bacillus leprae HANSENS nur die säurefeste Phase eines ausgesprochen pleomorphen Streptothrix darstellt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Wirkung des Radiums auf den Leprabazillus, von F. L. DE VERTEUIL-Vancouver. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 2.) Verfasser applizierte auf einen Lepraknoten eine Stunde lang einen Radiumlackapparat, der 80 mg Radiumbromid von 500 000 Aktivität enthielt und nur mit einer Lage Gummistoff überzogen war. Das Resultat war, daß die Lepraknötchen sich verkleinerten und an den Bazillen interessante Veränderungen sich konstatieren ließen. Bei täglichen Untersuchungen konnte bis zum 13. Tage nach der Radiumapplikation kein Einfluß auf den Bazillus nachgewiesen werden (gefärbt nach ZIEHL-NEELSEN), am 14. Tage zeigte sich eine geringe körnige Degeneration, die in der Folgezeit immer mehr zunahm und zwischen der dritten und vierten Woche ganz besonders ausgesprochen war. In dieser Zeit waren die Bazillen insgesamt in eine Masse kleiner Granula verwandelt. Verfasser erklärt die Tatsache, daß die Beeinflussung der Bazillen erst nach 14 Tagen in Erscheinung trat, damit, daß die Radiumstrahlen keine direkte bakterizide Wirkung ausüben. Er ist der Meinung, daß unter dem Einfluß der Strahlen in dem leprösen Gewebe Substanzen zur Entwicklung gelangen, welche für den Bazillus giftig sind. Wenn es gelänge, alle Gewebe des Körpers bei der Lepra der Radiumstrahlung auszusetzen, so würde man im Radium ein wirksames Mittel zur Bekämpfung dieser Krankheit haben. Bis zu einem gewissen Grade könnte dies durch Radiuminhalation erreicht werden. Verfasser hat diese Methode dem Chefarzte eines großen Lepraasyles zur Anwendung empfohlen, der sie ausprobieren will.

H. Rausch-Darmstadt.

Autohämotherapie der Lepra, von CAV. LUIS ZANOTTI CAVAZZONI. (Rev. Méd. de Asunción del Paraguay, 1914.) Verfasser entzieht Leprösen etwa 10—15 ccm Blut und injiziert es sofort subkutan; dieses Verfahren wird wöchentlich wiederholt. Über definitive Erfolge kann Verfasser noch nicht berichten. Im übrigen Besprechung der Leprabehandlung.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Nastinbehandlung der Lepra, von SCOTT. (Indian J. of M. Research, Oktober 1913.) Verfasser rühmt das Nastin, mit dem in Indien allgemein sehr gute Erfolge erzielt würden.

W. Haas-Hamburg.

Digitized by Google

Die Behandlung der Lepra mittels intravenöser Jodoforminjektionen, von B. J. Courtney-Sokoto. (Lanc., 27. Juni 1914.) Verfasser hat in Nigeria bei zwölf Kranken die Wirkung von intravenösen Jodoforminjektionen während vier Monate oder länger erprobt und schreibt dem Verfahren eine gewisse unzweifelhafte Wirkung zu, wenigstens bei der tuberösen Form der Lepra. Bei der anästhetischen Form (5 Fälle) und bei der gemischten (3) waren die Resultate allerdings negativ oder höchstens mäßig ausgesprochen. Es wurden im Anfang Dosen von 0,03 Jodoform zweimal wöchentlich verabreicht; allmählich wurde auf Gaben von 0,06 bei fünfmaliger Verabreichung in der Woche gestiegen. Vielfach wurde auch eine ähnliche Dosis direkt in die leprösen Knötchen injiziert, und es wurde dadurch eine ziemlich rasche Heilung derselben durch Ulzeration erzielt. Zur Lösung des Jodoforms bedient man sich des flüssigen Paraffins und Äthers. Neben der günstigen klinischen Wirkung konnte auch eine Abnahme der Bazillen vielfach konstatiert werden. A. Philippi-Salzschlirf.

b. Tuberkulose.

Über kutane und perkutane Tuberkulinreaktionen bei Kindern, von Monrad-Kopenhagen. (Ugeskrift f. Laeger, 1914, Nr. 33.) Seitdem v. Pirquet mit seiner Mitteilung über kutane Tuberkulinreaktion hervortrat, hat Verfasser die Methode an 3408 Kindern geprüft und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen: es ist ohne Bedeutung, auf welcher Hautstelle die Reaktion vorgenommen wird. Die Ergebnisse sowohl am Krankenbett wie am Sektionstisch zeigen entschieden, daß die Reaktion spezifisch ist. Verfasser schließt sich Stricker an, daß man aus der Intensität und der Dauer der positiven Reaktion nichts, was die Aktivität der Tuberkulose angeht, schließen kann. Die Beschaffenheit der Haut kann bestimmend sein, ob die Reaktion stark oder schwach ausfällt. Nur in prognostischer Hinsicht ist sie daher allein verwendbar. Er geht die Zustände durch, in denen ein tuberkulöses Individuum eine negative Reaktion gibt (Miliartuberkulose, das exanthematische Stadium der Morbillen, kachektische Individuen mit herabgesetztem Turgor und trockener, schuppender Haut, nach Injektionen von großen Dosen Tuberkulin). In 97% genügte eine negative Reaktion, um beim Kind Tuberkulose auszuschließen. Etwas Eigenes zeigt der Lymphatismus; im Material des Verfassers fanden sich 45 Kinder mit ausgesprochenem lymphatischem Habitus (Tonsillenhypertrophie, adenoide Vegetationen, geschwollenen Halslymphdrüsen usw.); von diesen gaben nicht weniger als 33 bei wiederholten Prüfungen negative Reaktion; 10 Kinder mit Kerato-Conjunctivitis phlyctaenulosa reagierten alle negativ. Im Alter von 0—3 Monaten standen 461 Kinder, die alle negativ reagierten (darunter 1 mit Miliartuberkulose). Von 3—6 Monaten waren es 399, wovon 5 positiv reagierten (alle gut entwickelte Tuberkulosen, durch Sektion bestätigt), + 5 Kinder mit Miliartuberkulose (negative Reaktion). Im Alter von 6—12 Monaten 429 Kinder, davon 32 positive, + 10 mit Miliartuberkulose (negative Reaktion); 1—2 Jahre alt waren 544 Kinder, davon 64 mit positiver Reaktion. 2—5 Jahre alt 673 Kinder, wovon 173 mit positiver Reaktion. 5—10 Jahre alt 599 Kinder, wovon 137 mit positiver Reaktion. 10—15 Jahre alt 303 Kinder, wovon 163 positiv reagierten. Verfasser schließt durch Vergleich mit dem klinischen und dem Sektionsmaterial, daß bei Kindern im ersten Lebensjahr eine positive Reaktion eine aktive Tuberkulose bedeutet. Neben der Pirquetschen hat Verfasser auch die Methode Moros in 333 Fällen gebraucht. Von diesen stimmten 323 überein; das jüngste Kind, das eine positive Reaktion gab, war 7 Monate alt. In 10 Fällen gab es keine Übereinstimmung; von diesen war aber die Salbenreaktion in 6 Fällen die feinere. Verfasser meint daher, daß die Morrosche Reaktion ebenso

Digitized by Google

sichere Ergebnisse als die Pirquetsche gibt; und da man mehrere Vorteile bei der Ausführung der Moroschen Reaktion vor der Pirquetschen voraus hat, so findet er, daß sie in weit größerer Ausdehnung gebraucht zu werden verdient.

W. Holland-Kristiania.

Über Anwendung und Bedeutung der Pirquetschen Reaktion im Kindesalter, von W. Pipping. (Finska Läkaresällsk. Handlingar, September 1914, Bd. 56.) Verfasser teilt die in dem Kinderkrankenhaus zu Helsingfors im Laufe der Jahre über Pirquetsche Reaktion gemachten Erfahrungen mit. Diesen liegt ein 782 stationäre und 1878 poliklinische Patienten umfassendes Material zugrunde. In 44 Fällen fand Sektion statt. Von diesen hatten 14 reagiert, und bei allen diesen wurde bei der Sektion Tuberkulose konstatiert. In den übrigen 30 Fällen war keine Reaktion eingetreten. Von diesen erwiesen sich bei der Sektion 26 frei von Tuberkulose, indes 4 mit tuberkulösen Veränderungen behaftet waren. In 3 von den letzterwähnten Fällen erscheint das negative Resultat erklärlich im Hinblick auf das späte Krankheitsstadium, in dem die Impfung vorgenommen worden war; in dem 4. Fall dagegen konnte für das Ausbleiben der Reaktion keine Erklärung erbracht werden. Durch Auszüge aus Krankengeschichten wird der große Nutzen dargetan, den der Kinderarzt in zweifelhaften Fällen, namentlich wo es sich um das früheste Kindesalter handelt, von der kutanen Tuberkulinreaktion haben kann. Von einzelnen Beobachtungen sei angeführt, daß die Pirquetsche Reaktion in den meisten Fällen von tuberkulöser Meningitis noch kurze Zeit vor dem Tode positiv ausgefallen ist, sowie daß sämtliche Fälle von Erythema nodosum positiv reagiert haben. Für das Alter von 0—15 Jahren betrug das durchschnittliche Reaktionsprozent 36,7, und zwar ist dasselbe von 10,7% für das erste Lebensjahr bis 67,3% für 10—15jährige Kinder gestiegen. Von klinisch tuberkulosefreien Patienten reagierten durchschnittlich 21,9%. Im ersten Lebensjahr betrug hier das Reaktionsprozent 1,6%, im Alter von 10—15 Jahren 64,3. — (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Die diesjährige Generalversammlung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft fand am 12. Oktober statt, wobei über die von O. Rosenthal, J. Heller und E. Lesser vorgetragenen Referate (Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Erfahrungen an geschlechtskranken Soldaten; einige klinische und therapeutische Maßnahmen bei gonorrhoekranken Soldaten; Behandlung der Pyodermien und anderer wichtiger Hautkrankheiten bei Soldaten) diskutiert wurde. — Auch die Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft hat wiederum ihre Sitzungen aufgenommen.

Priv.-Doz. Dr. E. Neuber in Budapest erhielt den Titel eines a. o. Professors.

Der englische Bakteriologe Sir George Turner, bekannt durch seine in Transvaal angestellten Lepraforschungen, ist gestorben.

Dr. Nelson Walton Wilson, Professor der Urologie an der University of Buffalo, N.Y. und leitender Aizt am Emergency-Hospital, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Oktober 1915 | Nr. 44 | Band 61

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Basel (Leiter: Prof. Dr. Bloch).

Die Trichophytinreaktion im Blutbild.

Von

G. Miescher, Assistent an der Klinik.

In der Literatur ist schon wiederholt die Tatsache erwähnt worden[1]), daß mit zum Wesen der spezifischen Trichophytinreaktion eine polynukleäre Leukozytose gehört in ähnlicher Weise, wie das bei der Tuberkulinwirkung der Fall ist. Es schien das auch ein Beweis dafür zu sein, daß die Dermatomykosen, wennschon ihre Domäne das Gebiet der Körperoberfläche nicht überschreitet, dennoch auf den gesamten Organismus einzuwirken imstande sind und mehr als bloß lokale Reaktionen zur Folge haben[2]).

An der hiesigen Klinik sind in dieser Frage eine Reihe von Untersuchungen angestellt worden, welche ich im folgenden kurz mitteilen möchte. Die Beobachtungen erstreckten sich auf Fälle von oberflächlicher und tiefer Trichophytie, von Favus und Mikrosporie, sowie auf eine Anzahl „Nichttrichophytiker" als Kontrolle.

Was zunächst interessieren muß, ist die Beeinflussung des Blutbildes durch die Krankheit selbst. Ich stelle darum an erster Stelle die zur Verfügung stehenden Blutbefunde aus dem Floritionsstadium der Mykosen zusammen und gebe zur besseren Orientierung die genauen den Krankengeschichten entnommenen Daten (s. Tabelle S. 1012).

Nehmen wir mit Sahli als obere Grenze der normalen Leukozytenmenge 8000 an, so ergibt sich folgendes Bild:

	Zahl der Fälle	Leukozytose vorhanden	Leukozytose fehlt
Tiefe Trichophytie	7	4	3
Oberfl. Trichophytie	2	(1)	1
Favus	2	(1)	1
Sycosis vulgaris	1		1

[1]) Bloch, Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen. Halle 1913. C. Marhold. — Bloch, Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiet der Dermatomykosen. M. m. W., 1915, Nr. 22. — [2]) Daß auch experimentelle Pilzinfektionen bei Tieren (Meerschweinchen), besonders wenn sie wiederholt werden, den ganzen Organismus schwer affizieren, betont u. a. Saeves (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 121, H. 2, S. 185). In unserem Material ist ferner der Prozentsatz der allergischen Meerschweinchen, die nach kutaner Applikation verschiedener Trichophytine zugrunde gehen, ein ganz auffallend hoher.

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Blutentnahme	Total der „Weißen"	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsf. %
1	Kerion Celsi (Trichophyton gypseum)	Karl B., 9j.; fast der ganze behaarte Kopf mit höckerig papillären, von zahlreichen Eiterherden durchsetzten Tumoren bedeckt	27. VIII.	19700	7	78,7	1	0	13,3
2	Kerion Celsi	Rosa S., 6j.; auf dem behaarten Kopf handtellergroße flache, mit Pusteln übersäte Scheibe	8. I.	12000	19,5	78,3	0,7	0	1,5
3	Folliculitis agminata	Severino F., 6j.; am linken Unterarm und linken Unterschenkel je ein fünffrankstückgroßer, pilzartig die Haut überragender, eitrig belegter Granulationsherd	21. IV.	9100	36,5	51,5	6,5	0,5	5
4	Sycosis trichophytica (dem Mikrosporon Audouini ähnlicher Pilz)	Josef V., 20jährig; auf der rechten Wange, vom Kinnwinkel bis zum Ansatz des Ohrläppchens reichend, ein tumorartiger granulomatöser Herd, von zahlreichen eitrigen Follikulitiden durchsetzt	20. II.	16600	31,2	66,5	1,1	0,2	1,0
5	Sycosis trichophytica	Arnold S., 21jährig; tumorartige Infiltrate mit fast glatter Oberfläche auf beiden Wangen. Affektion bereits im Abklingen, keine frischen Follikulitiden mehr	16. III.	8000					
6	Sycosis trichophytica (Trichophyton faviforme)	Paul D., 24jährig; am Unterkieferrand mehrere erbsen- bis flachkirschgroße, ziemlich derbe Infiltrate mit spärlichen follikulären Eiterherden. Höhepunkt der Affektion schon überschritten	7. V.	7100	35,5	50	9	0,5	5
7	Folliculitis agminata	Traugott H., 39jährig; fünffrankstückgroßer Granulationsherd am rechten Daumenballen	16. IX.	6600	19	69	0,3	0,7	11
8	Trichophytia superficialis	Amalie S., 10jährig; mehrere über einfrankstückgroße zirzinnäre squamöse Scheiben auf Hals und Wangen		6200	29	64	5	1	1
9	Trichophytia superficialis (Trichophyton plicatile)	Karl S., 52jährig; am linken äußeren Augenwinkel und auf der linken Wange schwach erhabene schuppende Kreise	30. VI.	8600	26	67,33	2,33	0	4,33
10	Favus (Achorion Schoenleini)	Therese V., 10jährig; auf dem behaarten Kopf massenhaft typische Skutula	8. III.	9500	27,6	66,2	3	0,5	2,7
11	Favus (Achorion violaceum)	Karl A., 15jährig; am unteren Augenlid zahlreiche Skutula	25. II.	7300	24,3	71.8	2,1	0,9	0,9
12	Sycosis staphylogenes	Xaver S., 25jährig	III.	6200	40	46	9	1,0	4,0

Digitized by Google

Von den drei Fällen von tiefer Trichophytie ohne Leukozytose stellen zwei bereits Zustandsbilder im Abheilungsstadium der Krankheit dar, der dritte zeigt eine so geringe Ausdehnung des Herdes, daß sich daraus eine schwächere Allgemeinreaktion erklären läßt. Aus der Zusammenstellung ist deutlich ersichtlich, daß die Blutveränderungen in engem Zusammenhang stehen mit der Natur und der Schwere der Mykose. Bei den tiefen Formen, bei welchen die Wechselwirkung zwischen Krankheitserreger und Organismus eine intensive ist, die Resorption von spezifischen Toxinen ohne Schwierigkeiten erfolgen kann, ist auch die Leukozytose am stärksten und wohl mit eine der heftigen Reaktionserscheinungen, mit welchen der Organismus die Pilzinvasion beantwortet. Die oberflächlichen Mykosen, zu denen auch der Favus gerechnet werden muß, verhalten sich dem Parasiten gegenüber viel indifferenter, und darum ist auch eine wesentliche Änderung im Blutbilde gar nicht zu erwarten. Daß die Leukozytose nicht etwa auf eine Mitbeteiligung banaler Eitererreger zurückgeführt werden darf, dafür spricht der Fall von Sycosis vulgaris staphylogenes.

Dem Wesen nach ist die Leukozytose in den Fällen 1 und 2 eine fast ausschließlich neutrophile. Die Zahl der Lymphozyten ist relativ vermindert, absolut aber durchaus normal. Die Fälle 3 und 4 zeigen im Gegensatz dazu auffallend hohe Lymphozytenwerte. Das Verhalten der Übergangsformen ist nicht einheitlich zu deuten. In dem ganz schweren Fall 1 sind sie stark vermehrt, in den übrigen dagegen weicht ihre Zahl nicht von der Norm ab. Die übrigen Zellarten verhalten sich passiv.

Die Fälle ohne Leukozytose zeigen auch im relativen Verhältnis der einzelnen Zellarten zueinander keine besonderen Eigentümlichkeiten.

Wennschon aus den angeführten Zahlen hervorgeht, daß zum Bilde einer schweren tiefen Trichophytie eine Leukozytose gehört, so läßt sich trotzdem eine einheitliche gesetzmäßige Beeinflussung des Blutbildes nicht feststellen.

Von Interesse in dieser Frage sind auch die Blutbilder im Abheilungsstadium der Krankheit.

In allen Fällen finden wir ein Zurückgehen der Leukozytose entsprechend der Schwere der Affektion und der Größe des zeitlichen Intervalles. Bemerkenswert ist der Umstand, daß sowohl die polynukleäre neutrophile Leukozytose in Fall 1 und 2 als auch die Lymphozytose in Fall 4 mit dem Abklingen der Krankheit zurückgehen, so daß man versucht wäre, letztere in beiden Fällen für die Blutveränderung verantwortlich zu machen und die Qualität der Reaktion individuellen Eigenschaften zuzuschreiben.

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Klinischer Befund	Datum der Blutentnahme	Total der „Weißen"	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre Übergangsfor. %	Türksche Reizformen %
1	Kerion Celsi	Herde auf dem behaarten Kopf bedeutend flacher, die eitrige Sekretion nur noch sehr gering	16. IX.	11000	15	69,4	2,60	0	11,33	1,66
2	Kerion Celsi	Affektion klinisch abgeheilt	6. IV.	6200	26,5	65	0,5	0	8	
4	Sycosis trichophytica	Herde fast völlig abgeflacht, nur noch wenig entzündet	27. II.	9500	23	70,6	4,2	0,9	1,3	
5	Sycosis trichophytica	Herde flach mit ganz vereinzelten noch schmerzenden Infiltraten	7. V.	4900	25	60	2	0	13	

Gerade aus diesen Widersprüchen heraus erhebt sich die Frage, wie weit spezifische Momente bei der Entstehung der Leukozytose von Bedeutung sind. Die Vermutung, es sei dieselbe eine Reaktionserscheinung allgemeiner Art und stehe vielleicht doch mit der Mitbeteiligung banaler pyogener Kokken im Zusammenhang, läßt sich nicht a priori von der Hand weisen. Eine sichere Entscheidung ist nur zu treffen durch das Studium der hämatologischen Veränderungen, die nach der Injektion von Trichophytin, d. h. als hämatologischer Ausdruck der spezifisch allergischen Reaktion, auftreten. Daß bei den kutanen Mykosen eine dem Charakter der Krankheit entsprechende Überempfindlichkeit sich einzustellen pflegt, haben schon Neisser und Plato festgestellt. Während diese Eigenschaft bei den tiefen Formen stets nachweisbar ist, lassen die oberflächlichen dieselbe häufig vermissen oder nur schwächer erkennen. Über reaktive Leukozytose nach einer subkutanen Trichophytininjektion im Blute allergischer Individuen hat Bloch schon früher berichtet. Seither sind in unserer Klinik wiederholt Fälle auf dieses Kriterium hin untersucht worden, zum Teil im Zusammenhang mit einer spezifischen Therapie. Als Antigen zur Reaktionsprüfung diente ein Trichophytin, welches aus verriebenen Kulturen von Achorion Quinckeanum mittels Filtration durch Chamberlandkerzen gewonnen wurde. Die Anwendung erfolgte zum Teil subkutan in Verdünnungen bis 1 : 10000, zum Teil intradermal, in letzterem Falle unverdünnt durch Anlegung praller, ca. $^1/_2$ cm Durchmesser haltender Quaddeln. Meist wurde auf der Beugeseite der Arme injiziert. Der erste Blutbefund wurde in der Regel unmittelbar vor, der zweite 24 Stunden nach der Injektion zur Mittagsstunde

Digitized by Google

in nüchternem Zustande erhoben. Der Pat. befand sich in den meisten Fällen vor und während der Beobachtungszeit in Bettruhe.

Ich gebe wie oben eine kurze tabellarische Zusammenstellung der Versuche. Die Nummern der Fälle entsprechen den in der ersten Tabelle gegebenen, so daß zur Vermeidung von Wiederholungen darauf zurückgewiesen werden kann (s. Tabelle S. 1016).

Um ein deutliches Bild von dem Charakter der reaktiven Blutveränderung zu gewinnen, habe ich die absoluten Zahlen für die quantitativen Verschiebungen der Lymphozyten, polynukleären neutrophilen Leukozyten und der Übergangsformen tabellarisch zusammengestellt (s. Tabelle S. 1019).

Aus den gegebenen Zahlen geht folgendes hervor: Sämtliche Fälle von tiefer Trichophytie reagieren auf Trichophytin in subkutaner und intrakutaner Applikation mit einer deutlichen Vermehrung der weißen Blutkörper. Diese Vermehrung scheint während und nach Abheilung der Mykose konstant zu sein, auf der Höhe der Krankheit dagegen bei bereits bestehender Leukozytose auch ausbleiben zu können (Fall 4). Die Natur der Leukozytose ist eine ganz vorwiegend, zum Teil sogar ausschließlich neutrophile. Sie tritt auch dort zutage, wo die Gesamtzahl der Leukozyten keine wesentliche Veränderung erfährt wie in Fall 2. Fast ebenso beachtenswert ist das Verhalten der Lymphozyten. Während die beiden Reaktionen im Floritionsstadium (Fall 1 und 4) mit einer leichten bzw. erheblichen Zunahme der Lymphozyten isoliert dastehen, zeigen die übrigen in die Zeit der Abheilung fallenden Versuche durchweg einen nicht erheblichen aber doch deutlichen Lymphozytensturz. Im akuten Stadium der Affektion sind neben dem eingeführten Trichophytin noch andere Faktoren maßgebend, welche das Reaktionsbild komplizieren müssen, so vor allem das gleichzeitige Vorhandensein des aktiven Krankheitsherdes, welcher an sich schon eine nicht unerhebliche Leukozytose bedingen kann, und als Folge davon ein bereits unter der Wirkung des Toxins stehender Organismus, dessen Widerstandsfähigkeit individuell sehr verschieden ist. Während der Abheilungsperiode und später liegen die Verhältnisse einfacher, da hier das Toxin den Körper im Ruhestadium antrifft und eine isolierte spezifische Reaktion auszulösen imstande ist.

Die Übergangsformen zeigen in ihrem Verhalten viel Verwandtschaft mit den neutrophilen Leukozyten und sind in den meisten Fällen deutlich vermehrt. Die übrigen Zellarten lassen kein einheitliches Verhalten erkennen.

Die beiden Fälle von oberflächlicher Trichophytie und Tiermikrosporie verraten noch deutlich die hervorgehobenen zwei Komponenten im Reak-

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Injektion	Art der Injektion in ccm Trichophytin	Lokale Reaktionen	Maximale Temperatursteigerung C°	Datum der Blutentnahme	Zahl der „Weißen"	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsformen %
1	Kerion Celsi	Siehe oben. Affektion im Floritionsstadium	3. IX. 5. IX.	0,0002 0,0005 subkutan	6. IX.: linsengroße Papeln mit ausgedehntem Entzündungshof	38,4	27. VIII. 6. IX.	19700 28100	7 15,0	78,7 71,33	1 2,33	0 0	13,3 10,33 + 1% Türksche Reizungsf.
2	Kerion Celsi	s. o. Affektion bereits in Abheilung; Herde bedeutend flacher, an einzelnen Stellen noch Suppuration	24. I. 25. I. 30. I.	0,0001 0,0005 0,001 subkutan	30. I.: an der Injektionsstelle geringe Rötung	37,6	24. I. 30. I.	7500 11500	36,6 23,2	56 74,3	4,4 1,4	2 0,4	1 0,7
	id.	Affektion abgeheilt	6. IV.	0,2 intrakutan, zwei Stellen	7. IV.: fünffrankstückgroßeInfiltrate mit rot. Hof	37,9	6. IV. 7. IV.	6200 6650	26,5 13,5	65 78,5	0,5 0,5	0 0	8 7,5
3	Folliculitis agminata	s. o. In beginnender Heilung; die Granulationsherde flacher, aber noch stark entzündet	7. V.	0,01 subkutan	8. V.: Injektionsstelle gerötet und etwas infiltriert	37,2	7. V. 8. V.	10000 12000	41 32,5	50 58	6,5 6,25	0,25 0,25	2,25 3
4	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion im Floritionsstadium	20. II.	0,1 intrakutan	22. II.: Am ganzen Arm erysipeloide Rötung und Schwellung; im Gebiet der Injektionsstelle mehrere stecknadelkopfgroße Bläschen, starke Herdreaktion	39,8	20. II. 22. II.	16600 15250	31,2 35,3	66,5 62,1	1,1 1,9	0,2 0,2	1 0,5
	id.	Affektion in Abheilung; der Herd fast völlig abgeflacht, nur noch wenig entzündet	16. III.	0,2 intrakutan	17. III.: Reaktion wie am 22. II.	38,4	17. III.	12000	10	83,5	1,75	0	4,75

Digitized by Google

5	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion in beginnender Heilung	16. III.	0,2 intrakutan	17. III.: fast der ganze Vorderarm gerötet und geschwollen, an der Injektionsstelle lebhaft entzündete Papel	38	16. III. 17. III.	8000 15000	19	71	0	0	10
	id.	Abheilung fast vollendet; die Infiltrate völlig abgeflacht, kaum gerötet	7. V.	0,15 intrakutan, zwei Stellen	8. V.: an beiden Injektionsstellen handtellergroße Rötung mit weicher Infiltration im Zentrum	38,2	7. V. 8. V.	4970 13000	25 7	60 79	2 0,5	0 0,5	13 13
13	Kerion Celsi	Bertha L., 10jährig; auf dem behaarten Kopf kleinhandtellergroße, flach infiltrierte Scheibe. Affektion beinahe abgeheilt	12. V.	0,25 intrakutan, zwei Stellen	13. V.: über talergroße intensive Rötungen mit zentraler Schwellung	keine	12. V. 13. V.	11300 17000	49 27	45 67	3 2,5	0 0	3 3,5
6	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion in beginnender Abheilung	7. V.	0,01 subkutan, zwei Stellen	8. V.: 5/7 cm messende flach infiltrierte rote Scheibe	keine	7. V. 8. V.	7100 12600	35,5 29,5	50 62	9 5	0,5 0,5	5 3
			8. V.	0,1 subkutan	9. V.: an der Injektionsstelle diffuses entzündliches Ödem	keine	9. V.	12000	19	72	5,75	0,25	3
	id.	Affektion fast abgeheilt. Infiltrate völlig abgeflacht	21. V.	0,3 subkutan	22. V.: ausgedehnte ödematöse Schwellung der Injektionsstelle	37,6	21. V. 22. V.	8800 12200	29,5 16,5	60.25 76,5	4,75 2,8	0 0	5,5 4,2
21	Folliculitis agminata	Antonie D., 14jährig; zahlreiche ganz oberfl. Herde am Rumpf. Affektion in beg. Abheilung	6. X.	0,4 intrakutan, vier Stellen	7. X.: 2/3 cm messende, hochrote, im Zentrum pralle Schwellung	37,5	6. X. 7. X.	11000 13000	40 24	56 76,5	1,5 0,5	0,5 2,5	2,0 6,5
9	Trichophytia superficialis, Rezidiv	s. o.	30. VI.	0,2 intrakutan	1. VII.: 2/3 cm messende, kaum infiltrierte Scheibe		30. VI. 1. VII.	8600 8600	26 19,25	67.33 76,5	2,33 2,5	0 0	4,33 1,75
10	Favus capitis	s. o. Affektion abgeheilt	21. V.	0,3 intrakutan	22. V.		21. V.	9900 8500	30,5 34,5	59 52,5	4 4	0 0	6,5 9

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Injektion	Art der Injektion	Lokale Reaktionen	Maximale Temperatursteigerung C°	Datum der Blutentnahme	Zahl der „Weißen“	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsformen %
14	Favus capitis et corporis	Alfred F., 6jährig; Affektion abgeheilt	23. IV.	0,2 Favin intrakutan	24. IV.: keine R.	keine	23. IV.	9300	34	59	3,5	0	3.5
							24. IV.	8600	37	53	3	0,5	6,5
			24. IV.	0,2 Trichophytin intrakutan	25. IV.: 2/3 cm große gerötete weiche Infiltrate	37,2	25. IV.	11300	36,5	54,5	3	0	6
15	Tiermikrosporie (Mikrosporon equi)	Fritz G., 30jährig; Granulationsherd am linken Kieferwinkel ähnlich Sycosis parasitaria. Heilung schon weit fortgeschritten	6. VI.	0,2 intrakutan	7. VI.: Reaktion nicht protokolliert		6. VI.	8400	22.1	68,4	6,5	1,0	2
							7. VI.	9600	18,5	73,7	4,2	1,1	2,5
Kontrollfälle:													
16	Chron. Gonorrhoe, Lues lat.	Marie G., 29jährig	25. V.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	26. V.: keine lokale Reaktion		25. V.	11000	24	68,75	1,75	0,25	5,25
							26. V.	10400	30	62,25	2	0,25	5,5
17	Progressive Paralyse	Julius B., 47jährig	7. VI.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: talergroße blasse Rötungen	keine	7. VI.	9350	19,25	70	3,75	0,5	6,5
							8. VI.	9700	21	68	3,75	0,5	6,75
18	Urethrit. gonorrhoica acuta	Emil H., 29jährig	7. VI.	0,3 intrakutan	8. VI.: 2/3 cm messender geröteter im Zentrum leicht infiltrierter Fleck	keine	7. VI.	6450	21,25	69.25	3,5	0,5	5
							8. VI.	8500	31,5	62,5	2	0,25	3,75
19	Ekzema acut.	Max S., 9jährig	7. VI.	0,25 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: 3/3 cm weich infiltrierte Flecke	keine	7. VI.	10200	36,75	55,5	1,25	0,5	6
							8. VI.	12300	41,5	51,25	2,25	0,25	4,75
20	Urethrit. gon. chronica	Hans W., 22jährig	7. VI.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: 6/4 cm messende gerötete weiche Infiltrate	keine	7. VI.	6200	36,5	52,25	4,5	0,75	6
							8. VI.	10000	24	66	2	0,5	7,5
			14. VI.	0,6 subkutan, zwei Stellen	15. VI.: diffuse ödematöse Schwellung mit zentraler Rötung	keine	14. VI.	7700	38,5	47	3	0,5	11
							15. VI.	10100	25,5	65,5	2,75	0,5	5,75

Digitized by Google

	Nummer des Falles	Art der Injektion	Gesamtzuwachs der Leukozyten	Zuwachs der polynukleären neutroph. L.	Zuwachs der Lymphozyten	Zuwachs der Übergangsformen
1 Tiefe Trichophytie.				%	%	%
Reaktion im Floritionsstadium der Mykose	1	subkut.	8400 19700 / 28100	4530 78,7 / 71,3	2840 7,0 / 15,0	275 13,3 / 10,3
	4	intrakut.	— 1350 16600 / 15250	— 1525 66,5 / 62,1	250 31,2 / 35,3	— 90 1,0 / 0,5
Reaktion im Abheilungsstadium der Mykose	2	subkut.	4000 7500 / 11500	4350 56 / 74,3	— 80 36,6 / 23,2	5 1 / 0,7
	2 abgeheilt	intrakut.	450 6200 / 6650	1200 65 / 78,5	— 740 26,5 / 13,5	3 8,0 / 7,5
	3	subkut.	2800 10000 / 12800	2420 50 / 58	60 41 / 32,5	159 2,25 / 3
	4	intrakut.	3300 9500 / 12800	4000 70,6 / 83,5	— 900 23 / 10	485 1,3 / 4,75
	5	„	7000 8000 / 15000			
	5 fast abgeheilt	„	8030 4970 / 13000	7000 60 / 79	— 340 25 / 7	1045 13 / 13
	6	subkut.	5500 7100 / 12600	4260 50 / 62	1200 35,5 / 29,5	30 5 / 3
	6	„	4900 7100 / 1200	5900 50 / 72	— 240 35,5 / 19	5 5 / 3
	6	„	3400 8800 / 12200	4000 60,25 / 76,5	— 600 29,5 / 16,5	28 5,5 / 4,2
	13	intrakut.	5700 11300 / 17000	6300 45 / 67	— 940 49 / 27	255 3 / 3,5
	21 beg. Abheilg.	„	2000 11000 / 13000	3720 56,0 / 76,5	— 1280 40 / 24	625 2,0 / 6,5
2. Oberflächliche Trichophytie	9	„	0 8600 / 8600	790 67,3 / 76,5	— 580 26,0 / 19,25	— 220 4,33 / 1,75
3. Favus	10	„	— 1400 9900 / 8500	— 1380 59 / 52,5	— 90 30,5 / 34,5	125 6,5 / 9
	14	„	2700 8600 / 11300	1600 59 / 53	940 34 / 37	120 3,5 / 6,5
4. Mikrosporie	15	„	1200 8400 / 9600	1330 68,4 / 73,7	— 80 22,1 / 18,5	70 2 / 2,5
Kontrollfälle	16	„	— 600 11000 / 10400	— 1090 68,75 / 62,25	480 24 / 30	— 5 5,25 / 5,5
	17	„	350 9350 / 9700	50 70 / 68	240 19,25 / 21	45 6,5 / 6,75
	18	„	2050 6450 / 8500	850 69,25 / 62,5	1310 21,25 / 31,5	— 5 5 / 3,75
	19	„	2100 10200 / 12300	640 55,5 / 51,25	1360 36,75 / 41,5	— 35 6 / 4,75
	20	„	3800 6200 / 10000	2760 52,25 / 66,0	137 36,5 / 24,0	38 6 / 7,5
			2400 7700 / 10100	3000 47 / 65,5	— 160 38,5 / 25,5	— 265 11 / 5,75

Digitized by Google

tionsbilde: polynukleäre Leukozytose, leichter Lymphozytensturz. Die absolute Größe des Ausschlages ist allerdings eine sehr geringe und nur im Blutbilde deutlich ersichtlich. Beim Favus läßt sich eine Gesetzmäßigkeit in der Reaktion nicht mehr erkennen, indem sich die beiden Fälle in ihren Reaktionen, falls man diese überhaupt als solche will gelten lassen, widersprechen.

Die Kontrollen endlich ergeben die bemerkenswerte Tatsache, daß auch der nicht allergische Organismus auf Trichophytin mit ähnlichen, wenn auch schwächeren Lokalreaktionen: Rötung, Schwellung, antwortet wie der allergische. In der Hälfte der Fälle zeigt sich auch eine leichte Vermehrung der Leukozyten, wobei es sich aber im Gegensatz zu der spezifischen Reaktion in der Hauptsache um eine Lymphozytose handelt. Die Polynukleären und Übergangsformen sind nur unbedeutend beteiligt.

Von den Kontrollfällen 16—19 unterschied sich Fall 20 durch sehr intensive Lokalreaktion, so daß uns schon daraus der Verdacht erwuchs, daß es sich hier trotz der negativen Anamnese um eine spezifische Allergie nach überstandener Mykose handelt; auch die Blutreaktion spricht in diesem Sinne.

Wennschon die relativ geringe Zahl der Fälle eine Aufstellung gesetzmäßiger Normen nicht erlaubt, so läßt sich doch die Tatsache feststellen, daß beim trichophytiekranken allergischen Individuum die Blutreaktion auf Trichophytin sowohl der Größe des Ausschlages als auch besonders der Veränderung des Blutbildes nach einen spezifischen Charakter aufweist, dessen Hauptkriterium eine polynukleäre neutrophile Leukozytose ist. Aus diesem Grunde zeigen die tiefen Formen der Trichophytie mit ihrer oft hochentwickelten Überempfindlichkeit auf das Antigen die am meisten charakteristischen Reaktionsbilder. Viel unbeständiger ist das Verhalten der übrigen Formen, bei welchen sich allergische Eigenschaften in viel geringerem und individuell sehr verschiedenem Grade entwickeln. Auch solche Individuen, welche eine Mykose gar nicht durchgemacht haben, lassen noch leichte Reaktionen erkennen, allein dem Blutbild fehlt der spezifische Charakter.

Der Grad der Leukozytose ist in der Regel kein sehr bedeutender; er scheint an eine kräftige Lokalreaktion gebunden zu sein, doch läßt sich aus den oben gegebenen Zahlen ein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den einzelnen Reaktionskomponenten nicht nachweisen. Bei der subkutanen Applikation können auf dem Höhepunkt der Krankheit schon kleinste Mengen ($^1/_2$—1 mg) starke Reaktionen hervorrufen (Fall 1), während später schon größere Dosen erforderlich sind. Nach wiederholter Anwendung nimmt die Empfindlichkeit rasch ab. So reagiert Fall 6 ein

Digitized by Google

erstes Mal auf 1 cg Trichophytin mit einer Leukozytensteigerung von 7100 auf 12600; zwei Wochen darauf läßt sich mit der 30fachen Menge kein größerer Ausschlag erzeugen. Intradermal sind Mengen von 0,1—0,3 g erforderlich, um im Blut deutliche Reaktionen auszulösen.

Das Fieber steht mit der Alteration des Blutes in keinem direkten Zusammenhang. Im Fall 13 (Kerion Celsi, abgeheilt) tritt ohne die geringste Temperatursteigerung, aber unter starker Lokalreaktion eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen von 11300 auf 17000 ein; Fall 2 (Kerion Celsi) ergibt dagegen unter gleichen Versuchsbedingungen (Mykose abgeheilt, intrakutane Injektion) bei einer Temperaturerhöhung auf 37,9° bloß eine leichte Verschiebung der relativen Werte. Im Fall 4 (Sycosis par.) verhält sich das Blut im Floritionsstadium der Krankheit bei bereits bestehender ziemlich erheblicher Leukozytose auf Trichophytininjektion refraktär trotz kolossaler Lokal- und Allgemeinreaktion (Fieber 39,8°); erst im Abheilungsstadium läßt sich wiederum unter heftigen übrigen Reaktionen ein relativ bescheidener Ausschlag erzielen. Fall 1 dagegen, bei welchem ebenfalls starke Leukozytose besteht, reagiert auf minimale Antigenmengen mit einer weiteren ganz beträchtlichen Steigerung des Ausschlages. Den kausalen Zusammenhang für die Divergenz der Reaktionsbilder zu finden, will schwer fallen. Individuelle Verschiedenheiten im biologischen Verhalten des Organismus im allgemeinen und im speziellen des hämatopoetischen Systems dem Antigen gegenüber dürften eine Rolle spielen.

Von Bedeutung ist auch die Art der Applikation. Subkutan sind schon bedeutend kleinere Mengen wirksam als bei intrakutaner Anwendung. Bei der Passage durch die Kutis scheint sich das Antigen unter Entfaltung lokaler toxischer Wirkungen rasch abzuschwächen, was auf Bindung oder Abbau durch affine Elemente zurückgeführt werden kann. Die Leukozytose scheint jedoch nicht oder wenigstens nicht nur die Folge dieser in loco sich abspielenden toxischen Vorgänge zu sein; denn sie kann selbst bei sehr starken Lokalreaktionen ausbleiben. Daß das Trichophytin auch den unter der Kutis liegenden Geweben gegenüber sich nicht indifferent verhält, beweist das Auftreten ausgedehnter entzündlicher Ödeme in der Subkutis bei subkutaner Injektion, ohne daß dabei die Haut eine wesentliche Mitbeteiligung zeigt. Ob diese Veränderungen in loco durch frei werdende toxische Stoffe histogener oder humoraler Provenienz die Leukozytose anregen oder ob das Trichophytin direkt toxisch auf die blutbildenden Organe einzuwirken vermag, lasse ich unerörtert.

Zum Schlusse möchte ich nochmals auf die Analogie hinweisen, welche die Trichophytinreaktion auch auf diesem Gebiete mit der Tuber-

Digitized by Google

kulinreaktion besitzt. Auf die Einverleibung von Tuberkulin hin tritt ebenfalls eine polynukleäre Leukozytose auf, welche nach SAHLI im allgemeinen an sonstige reaktive Erscheinungen gebunden ist und ein weit feineres Reagens darstellen soll, als das Auftreten der klinischen, sonst wahrnehmbaren Reaktionen. Dieses letzte Kriterium darf allerdings nicht in gleichem Maße auf das Trichophytin Anwendung finden, wo die lokale Kutanreaktion die hämatologische an Feinheit übertrifft.

Zusammenfassung:

1. Die tiefen Formen der Trichophytie (Kerion Celsi, Sycosis trichophytica, Folliculitis agminata) zeigen auf der Höhe der Krankheit eine mehr oder weniger ausgesprochene Leukozytose. Die oberflächlichen Formen lassen keine Beeinflussung des Blutbildes durch den Krankheitsprozeß erkennen.

2. Zum Bilde der spezifischen Trichophytinreaktion gehört als hämatologische Komponente eine polynukleäre neutrophile Leukozytose. Meist kombiniert sich damit eine absolute Abnahme der Lymphozyten. Die Reaktion tritt sowohl nach intrakutaner als nach subkutaner Injektion von Trichophytin auf. Sie ist entsprechend der Bedeutung der Mykose für die Entstehung einer spezifischen Allergie bei den tiefen Formen der Trichophytie quantitativ und qualitativ am stärksten. Bei den oberflächlichen ohne intensivere Entzündungserscheinungen verlaufenden Formen ist ihr Ausfall weniger konstant; doch verrät er in den positiven Fällen noch deutlich den spezifischen Charakter.

3. „Nichttrichophytiker", d. h. Individuen ohne spezifische Allergie, vermögen auf Trichophytin zwar auch mit einer Leukozytose zu reagieren, allein es handelt sich dabei stets um eine vornehmliche Vermehrung der Lymphozyten.

4. Der Grad der Leukozytose steht in keinem direkten Abhängigkeitsverhältnis zu den übrigen lokalen und allgemeinen Reaktionserscheinungen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Juli 1915, Band 22, Heft 7.

Über den histologischen Bau von Skleroseresten nach kombinierter Quecksilber-Salvarsankur nebst Untersuchungen über ihren Keimgehalt, von R. Habermann-Bonn. Bei acht Luetikern wurden nach Durchführung von ausreichenden kombinierten Quecksilber-Salvarsankuren die noch vorhandenen Sklerosennarben exzidiert und untersucht. Hierbei fanden sich stets noch perivaskuläre Infiltrate hauptsächlich von Lymphozyten und Plasmazellen, dagegen niemals Spirochäten. Das Fehlen derselben wird auf die Verwendung von Altsalvarsan und die Dauer und Stärke der Kuren zurückgeführt. In einer Narbe eines annulären Skleroserezidivs fand sich ein histologisches Bild, welches an ein Boecksches Sarkoid erinnerte.

Über das Auftreten von Blasen bei Lichen ruber planus, von F. Tamm-Hamburg. Bei der Kranken zeigten sich die ersten Knötchen an den Beugeseiten der Handgelenke, dann traten sie am Brustbein, in der Steißbeingegend und an den Oberschenkeln auf. Nach einem halben Jahre war die Affektion am ganzen Rumpfe verbreitet. In dieser Zeit konnten die ersten Blasen beobachtet werden. In den nächsten acht Wochen wurde die Entwicklung von Blasen auf der vom Lichen befallenen Haut noch mehrfach beobachtet. Die Blasenbildung war durch Arsendarreichung sowie durch äußere Reizmittel steigerungsfähig. Die histologische Prüfung ergab, daß die Blasen durch eine Abhebung des zahlreiche dyskeratotische Zellen aufweisenden Epithels entstanden waren.

Über Onychomykosis saccharomycetica, von M. Bourgeois-Basel. Die Erkrankung beginnt an den seitlichen freien Ecken der Fingernägel und schreitet von hier aus auf die übrigen Teile fort. Die erkrankten Nagelpartien bekommen einen matt-gelblichgrauen Farbenton, untermischt mit dunkeln und hellen Streifen. Das Relief der Oberfläche ist erhalten, dagegen wird der Nagel von der Unterlage etwas abgehoben. In diesem Zwischenraume findet sich eine faserig-krümelige Masse, welche stellenweise in die Schichten des Nagelbettes selbst übergeht. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen sich in den erkrankten Nagelpartien Pilzsporen. Die Kultivierung ergab, daß es sich um einen Saccharomyzes handelte. Beide Patienten hatten in demselben Haushalte eine diabeteskranke Frau zu verpflegen. Hierdurch war die Gelegenheit zur Infektion gegeben.

August 1915.

Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen, von Marie Kaufmann-Wolf-Berlin. Zunächst werden die klinischen Bilder der Pityriasis versicolor, des Erythrasma, der Badetrichophytie, der Soormykose der Säuglinge und der interdigitalen Soormykose der Erwachsenen besprochen. Darauf werden die mikroskopischen Bilder, welche diese Affektionen in den Hornschuppen bieten, berücksichtigt. Weiter folgen die Ergebnisse der Pilzzüchtung. Die klinischen Bilder zeigen in bezug auf die auffallende Kontagiosität, die Oberflächlichkeit des Wachstums, die Neigung zu flächenhafter Ausdehnung, die mangelnde Dauerheilung und das Fehlen subjektiver Beschwerden wenigstens bei den vier ersten Mykosen vollkommene Übereinstimmung. Alle Pilze wachsen in Faden- und Sproßform, eine Eigentümlichkeit, wie sie dem Soor zukommt. Infolgedessen sind dieselben der Soorpilzgruppe zuzuzählen. Bei der Prüfung der Pathogenität zeigte es sich,

Digitized by Google

daß der Pilz der interdigitalen Mykose, bei Tieren intraperitoneal injiziert, Tumoren von tuberkelartigem Bau hervorrief.

Über einen Fall von Lichen ruber acuminatus universalis mit begleitender Erythrodermia exfoliativa, subakutem Verlauf und Heilung bei einem zweijährigen Kinde, von WERTHER-Dresden. Das Kind erkrankte unter Fieber an einem ziegelroten Ausschlage auf beiden Wangen und den Extremitäten. Nach 14 Tagen wurde der Rumpf befallen. Das Exanthem bestand teils aus einzelnen typischen Knötchen, teils aus durch Konfluenz hervorgegangenen großen Plaques. Außerdem wurden große Flächen von einer diffusen, scharlach- bis blauroten, steifen Erythrodermie eingenommen. Daneben bestehen eine Anzahl mehr sekundärer Veränderungen. Auf dem Höhepunkte der Exanthementwicklung war die Temperatur recht hoch (39—40°), der Puls war in dieser Zeit 160. Die inneren Organe waren bis auf etwas Bronchitis intakt. Die Therapie bestand in Bädern und Einfettung der Haut. In der sechsten Krankheitswoche ging die Affektion zurück, und in der neunten war der Zustand der Haut fast normal.

Zur Kenntnis der Zaraath, des alttestamentlichen Aussatzes, von VÖRNER-Leipzig. Die falschen Vorstellungen, welche man sich über den Aussatz der Juden zu bilden pflegt, sind nach Ansicht des Verfassers die Folge der unsachgemäßen Interpretation des Textes, Levitikus 13. Derselbe schildert vielmehr eine das Stratum corneum exfoliierende, zur Ausbreitung neigende, rasch unter Pigmentverlust der Decke samt den Haaren (Leukoderma und Poliose) sich rekeratisierende Hautentzündung, welche entweder zu Dauerheilung oder zu Rezidiven führt. Das Auftreten der Zaraath im 12. und das Verschwinden derselben im 5. Jahrhundert v. Chr. ist durch die Änderung hygienischer Verhältnisse bedingt.

Variköser Symptomenkomplex und Röntgenbild, von JEAN und ELSA KOTTMAIER-Hannover. Röntgenaufnahmen von Unterschenkeln, welche von chronischen Fußgeschwüren befallen sind. Aus den Abbildungen ist die Zunahme der Knochensubstanz ersichtlich.

H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Band 122, Heft 1.

SCHAUDINNS Entdeckung im April 1905, von A. NEISSER-Breslau. Worte der Anerkennung aus Anlaß der vor zehn Jahren erfolgten Entdeckung der Spirochäte.

Hautveränderungen in einem Falle von lymphatischer Leukämie, von CARL KREIBICH. Bei einer 55jährigen Kranken trat nach einer Röntgenbestrahlung wegen leukämischer Drüsenschwellung ein stark juckender Ausschlag ein, dessen Effloreszenzen teils quaddelartige Ödeme ohne, teils solche mit konsekutiver Bläschen- und Blasenbildung aufwiesen.

Rezidivierendes Erythema perstans faciei mit Ausgang in Atrophie, von C. KREIBICH. Die Patientin, welche vor sechs Jahren wegen Halsdrüsenschwellung operiert wurde, derzeit aber keine kranken Drüsen aufweist, erkrankt in den letzten zehn Monaten mehrmals unter hohem Fieber, welches immer einige Wochen anhält. Gleichzeitig tritt im Gesicht eine entzündliche Schwellung auf, die in Form kleinster roter Flecken über die Fieberzeit hinaus persistiert, die weiter zur narbigen Atrophie der Gesichtshaut, des Lippenrotes, zur Rhinitis atrophicans mit Erosionen und zur narbig atrophischen Alopezie führt. Die Histologie bestätigt die Diagnose.

Bemerkungen zu einer Fußnote TSCHERNOGUBOWS im A. f. D. u. Syph., Bd. 120, S. 77, von H. HECHT-Prag. Wahrung von Prioritätsansprüchen, welche der Verfasser für seine Abänderung der Serumreaktion geltend macht.

Digitized by Google

Heft 2.

Ein Beitrag zur Darstellung des Bindegewebes, von K. Herxheimer. Die Vorschrift für die Methode ist: das Präparat wird 24 Stunden in Lugolscher Lösung fixiert, dann $^1/_2$ Stunde gewässert, in 70- und 90%igem und absolutem Alkohol entwässert, in Xylol eingelegt und in Paraffin eingebettet. Die Schnitte kommen 2 Minuten in 10%ige Phosphormolybdänsäure und bei reinen Bindegewebspräparaten 5—8, beim Vorhandensein rein bindegewebiger Bestandteile bis zu 15 Minuten in Hämatoxylin nach Mallory. Hiernach Entwässerung bis zur Blaufärbung, dann Alkohol, Xylol, Kanadabalsam.

Heft 3.

Dermatitis angioneurotica, von C. Kreibich-Prag. Der erste Fall betrifft eine 13jährige Schülerin, welche die Affektion das erste Mal am Kinn, später auch an den Wangen schubweise ohne größere Intervalle aufwies. Außerdem wurde in der Mitte der Stirn ein einzelner, an den Kieferwinkeln ein symmetrischer und am rechten Unterschenkel ein streifenförmiger Herd konstatiert. Die Effloreszenzen waren Blasen, welche zu Borken vertrockneten und ohne Narbenbildung abheilten. Beim zweiten Fall, einem gleichaltrigen Mädchen, begann dieselbe Affektion am linken Unterarm, trat nach drei Wochen im Gesicht auf, dann an den Unterschenkeln, und später rezidivierte sie alle 3—4 Wochen im Gesicht. Der Verlauf war wie im anderen Falle. Die Fälle sind analog der von Matzenauer und Polland beschriebenen Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, obwohl bei diesen Mädchen die Menstruation noch nicht eingetreten war.

Heft 4.

Über Herpes zoster nach Schußverletzung eines Nerven, von A. v. Tschermak-Prag. Nach einer Perforierung des Oberarmes durch eine Gewehrkugel stellten sich sensible Störungen im Nervus ulnaris ein. Im Anschluß an diese entwickelte sich am 109. Tage ein Exanthem zunächst am fünften Finger und später am ulnaren Rande der Hand. Es waren erst rote Flecken, welche sich zu Blasen umwandelten, dann zu Borken eintrockneten und nach drei Wochen unter Hinterlassung muldenförmiger Narben abfielen. Der Verfasser sieht in seinem Falle einen Beleg für Kreibichs Theorie, daß der Zoster eine angioneurotische Hautentzündung ist. H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, Nr. 8, 9 und 10.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von J. Schumacher-Berlin. Die Berechtigung einer Abortivkur bei frischer Infektion mit Gonokokken läßt sich nicht mehr in Abrede stellen. Die Vornahme derselben hängt nicht von der Inkubationszeit, sondern vom Einsetzen der Sekretion ab. Wenn der Ausfluß länger als zwei Tage besteht, ist es nur selten möglich, eine Abortivkur mit Erfolg durchzuführen. Dabei ist die erste Blennorrhoe schwieriger als die folgenden zu beeinflussen. Schaden kann die Abortivkur niemals. Selbst dort, wo eine Abortivkur nicht den gewünschten Erfolg hatte, ist gewöhnlich zu beobachten, daß die Blennorrhoe sehr mild verläuft. Als Mittel wird eine Solution von Albargin 1 : 1000 empfohlen, damit wird zunächst die Anterior 10—15mal ausgespült, dann läßt man unter Druck die Blase vollaufen und den Patienten urinieren. Hiernach wird die Blase nochmals, aber nur zur Hälfte gefüllt, der Patient wird angewiesen, 3—4 Stunden nicht zu urinieren. Jedenfalls ist der Durchspülung der Harnröhre mit dünnen Silberlösungen der Vorzug zu geben gegenüber solchen stärkerer Konzentrierung. Die Resultate sind gute, etwa 50% der Fälle werden abortiv geheilt.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs, von G. Reh und W. Heuck. (München, J. F. Lehmann.) Acht Tafeln mit teils farbigen, dem aus dem gleichen Verlag hervorgegangenen Mračekschen Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten entnommenen, teils photographischen Abbildungen syphilitischer Krankheitserscheinungen der verschiedensten Stadien, vom Primäraffekt an bis zu den ärgsten Deformierungen tertiären Charakters, und der verschiedenen Grade des Ulcus molle, die bezwecken „dem Sanitätsoffizier beim Unterricht über Gesundheitspflege ein Mittel zu bieten, den Schülern die Folgen ansteckenden geschlechtlichen Verkehrs recht deutlich vor Augen zu führen". Bei einem Teil der Belehrten können diese Abbildungen wohl abschreckend wirken, und so sind sie unzweifelhaft geeignet, in der Fülle derjenigen Mittel, die man zur Verminderung der Geschlechtskrankheiten aufzubieten gedenkt, ihren Platz mit einzunehmen.

E. Klemm-Leipzig.

Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden, von W. H. Dreuw-Berlin. (Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin 1915.) Das Buch, das der Verfasser als kurzen Leitfaden aufgefaßt haben will, gehört zu den zahlreichen medizinischen Publikationen, zu deren Erscheinen die zum Teil sehr große Veränderung, die während des Krieges die ärztliche Tätigkeit erfährt, Veranlassung gegeben hat. Es enthält in seinem ersten Teile eine Besprechung der für das Heer in Frage kommenden wichtigsten Hautkrankheiten, naturgemäß in Rücksicht auf seinen Zweck Prophylaxe und Therapie besonders betonend. Letztere bewegt sich in der Richtung der Unnaschen Schule und weist eine ganze Anzahl von bekannten Rezeptformeln auf. So sehr dieser Teil knapp gehalten und auf das Notwendigste beschränkt ist, so sehr schweift der zweite, venerische Teil ins Weite. Von den 200 Seiten des gesamten Buches beschäftigen sich nicht weniger als 87 mit statistischen Erhebungen über Geschlechtskrankheiten, Geschichte des Kampfes gegen die Prostitution in den besetzten Gebieten seit Kriegsbeginn, Bekämpfung der Prostitution überhaupt, Abwägungen des Wertes von Abolitionismus und Reglementierung, welch letztere der Verfasser sehr skeptisch beurteilt. Ganz von selbst gleitet schon hierbei dem Verfasser die Feder in den Kampf gegen das Salvarsan hinein, dem noch ein weiteres Kapitel (Arsentherapie) gewidmet ist. Abgesehen von diesen Erörterungen aber, die man in einem kurzen Leitfaden eigentlich nicht zu suchen pflegt und die über dessen Rahmen hinausgehen dürften, entspricht das Buch dem Zweck, für den Verfasser es bestimmt hat, den Lazaretten, sowohl den Feld- und Kriegslazaretten wie denen in der Heimat, zu ermöglichen, eine passende Behandlungsmethode der wichtigsten Haut- und Geschlechtskrankheiten schnell aufzufinden.

E. Klemm-Leipzig.

Kriegsaphorismen eines Dermatologen, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1915, Nr. 9 ff.) Auch diese gewissermaßen einen Extrakt der Dermatologie in gedrängtester Kürze bildenden kleinen Aufsätze sind mit Rücksicht darauf geschrieben, daß die in ihnen enthaltenen praktischen Winke und Formeln bei im Felde vorkommenden Hautaffektionen Anwendung finden sollen. Wenn sie auch fast nur bereits Bekanntes und Bewährtes bringen, so liegt gerade darin ihr Vorzug, daß der Behandelnde, der sich an sie hält, deshalb auf Erfolg rechnen kann. Die einzelnen Abschnitte behandeln 1. Furunkel, 2. Furunkulose, 3. Achselhöhlenabszesse, 4. nässende Ekzeme, 5. trockene Ekzeme,

Digitized by Google

6. Psoriasis, 7. Krätze, 8. Pyodermie — Impetigo Bockhart, 9. Erysipel, 10. Frost und Frostbeulen, 12. Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri), 13. Syphilide, 14. Lupus, die primäre Hauttuberkulose, 15. sekundäre tuberkulöse Hautleiden, 16. Ersatz für Weizenstärke. Sie enthalten viel Wertvolles und zeichnen sich unter anderem dadurch aus, daß alle Verordnungen auf möglichst einfache Formeln gebracht sind, und daß es nicht an Hinweisen fehlt, wie man im Notfall die verschiedenen Mittel beim Fehlen durch andere ersetzen kann. E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Antipartialantigene, von Alfred Adam-Hamburg. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1914, Bd. 31, H. 2.) Das Serum Tuberkulöser oder mit Tuberkulin Behandelter kann die Reizwirkung des Alttuberkulins abschwächen. Man läßt solches Serum mit abgestuften Verdünnungen des Alttuberkulins längere Zeit aufeinander einwirken und beobachtet den Ausfall der Intrakutanreaktion dieser Mischung. Die in einer beschränkten Stärke wirksame Hemmkraft des Serums wird einem Antituberkulin zugeschrieben. Verfasser untersuchte diese Erscheinung an einer größeren Anzahl mit Partialantigenen behandelter Patienten (Lupus und Lungentuberkulose). Danach blieb die Wirksamkeit der wasserunlöslichen Partialantigene unverändert; dagegen ließ die Beobachtung unbedeutende Abschwächung des Eiweißes und geringe Verstärkung der Fettantigene erkennen. Die Zerstörung der wasserunlöslichen Bestandteile geschieht langsam, sie erzeugt nur zelluläre Überempfindlichkeit. Das wasserlösliche Filtrat wurde dagegen reaktionsfähig, auch bei Patienten, die mit Alttuberkulin therapeutisch behandelt wurden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die kleinpapulösen Hauttuberkulide beim Kinde, von E. Feer-Zürich. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, 39.) Beschreibung des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes des ausschließlich beim Kinde vorkommenden kleinpapulösen Tuberkulides, das große diagnostische Bedeutung besitzt, da es das Bestehen einer aktiven Tuberkulose anzeigt, was von um so größerer Wichtigkeit ist, als es durch die kutane Tuberkulinprobe nicht möglich ist, eine aktive und inaktive Form zu unterscheiden.

H. Boehme-Leipzig.

Tuberculosis cutis papulosa, von F. Šamberger-Prag. (5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte, 1914.) Der Verfasser sah bei einem 17jährigen Mädchen in der Umgebung eines typischen Skrophuloderma Papeln, die sich histologisch als typische Tuberkulome präsentierten. Es waren stecknadelkopf- bis linsengroße, braunrote, halbkugelige oder abgeflachte Effloreszenzen, die auf hyperpigmentierter Haut saßen und ganz nach Art des Lichen ruber planus wachsartig glänzten. Tuberkelbazillen konnten zwar nicht nachgewiesen werden, doch beweist der histologische Befund und die Lokalisation in der Umgebung einer zweifellos tuberkulösen Affektion ihre tuberkulöse Natur. Der Verfasser schlägt vor, die Hauttuberkulose analog der Syphilis in folgende Gruppen einzuteilen: 1. Tuberculosis cutis maculosa s. luposa; 2. T. c. papulosa; 3. T. c. pustulosa; 4. T. c. ulcerosa; 5. T. c. gummosa. Zwar ist die makulöse Lues eine universelle, die makulöse Hauttuberkulose eine lokalisierte Affektion; aber dies wäre auch der einzige schwache Punkt der Einteilung, der durch die praktischen Vorteile bei der Differentialdiagnose der Lues und Tuberkulose der Haut reichlich aufgewogen wäre.

G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Zur Therapie der Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches, von A. TIEDKMANN. (D. Zschr. f. klin. Chir., Mai 1914.) Verfasser hatte eine Frau mit ausgedehnten lupösen Veränderungen und tuberkulösen Ulzerationen der Mund- und Zahnfleischschleimhaut in Behandlung; alle Behandlungsmethoden, Milchsäurepinselungen usw. blieben erfolglos. Nunmehr nahm Verfasser Bestrahlungen mit 5 mg stärksten Mesothoriumbromids vor; im ganzen erfolgten 20 Bestrahlungen, je zweimal wöchentlich. Es gelang nicht nur, die Schmerzhaftigkeit herabzusetzen und dadurch die Nahrungsaufnahme wieder zu ermöglichen, sondern es wurde völlige Heilung mit ein Jahr anhaltender Rezidivfreiheit erzielt. Verfasser empfiehlt daher das Mesothorium aufs wärmste. R. Frühwald-Leipzig.

Fall von tuberkulösem Zungengeschwür, von JEAN-PAUL TOURNEUX. (Prov. méd. 1914, Nr. 28.) An einem 60jährigen Mann von gutem Allgemeinzustand hatte sich seit etwa sechs Monaten eine Ulzeration des rechten Zungenrands entwickelt, die zuletzt von der Zungenspitze ausgehend 3 cm lang, $^1/_2$ cm breit und 2—3 mm tief war unregelmäßige, dünne, wenig vorspringende und glatt abgeschnittene Ränder und einen grauen Grund mit ausgehöhlter Oberfläche hatte. Die Umgebung des Geschwürs war in der Breite von etwa 1 cm induriert. Die Ulzeration war spontan wenig schmerzhaft, nur bei Berührung oder im Kontakt mit warmen und scharfen Speisen. Die Halslymphdrüsen bereits deutlich geschwollen und hart. Eine Probeexzision ergab deutliche tuberkulöse Veränderungen. Die Therapie bestand in zwei Eingriffen, zunächst der Säuberung der rechten Halsseite von den Lymphdrüsen und Unterbindung der Lingualis, zwei Wochen später Säuberung der linken Halsseite, ebenfalls Ligatur der Lingualis und Ablation eines Drittels der Zunge, derartig ausgedehnt in Hinsicht auf die erwähnte Induration der Zunge, um das so häufige lokale Rezidiv zu vermeiden. Die histologische Untersuchung des exstirpierten Stücks bot ebenfalls die charakteristischen tuberkulösen Veränderungen, Tuberkel und Riesenzellen, die sich auch in Lymphdrüsen feststellen ließen, in manchen von diesen waren schon Verkäsungen. Innerhalb vier Monaten nach der Operation ist kein Rezidiv eingetreten. Auf die Feststellung, daß die Lungen intakt waren, wird für die Auffassung dieser Ulzeration als primärer tuberkulöser Herd und in Anbetracht der Seltenheit schon der Zungentuberkulose überhaupt, viel mehr aber noch der primären Zungentuberkulose, besonderes Gewicht gelegt. Nachdem vergeblich ein anderer tuberkulöser Herd im Körper gesucht worden ist, wird eine durch einen kariösen Zahn hervorgerufene Ulzeration als Gelegenheitsursache dieser Lokalisation betrachtet. E. Klemm-Leipzig.

Direkte Chemotherapie lokaler Tuberkulosen auf arteriellem Wege, von J. GOYANES. (Revista clin. Madrid, 30. Oktober 1914.) Verfasser hat es unternommen, Knie- und Ellenbogentuberkulose mittels intraarterieller Injektion von Aurum-Kalium cyanatum zu behandeln. In Chloroformnarkose wird die Radial- oder Femoralarterie bloßgelegt und dann 4—5 ccm einer 1%igen Lösung in 50 ccm physiologischer Kochsalzlösung injiziert; 50 ccm Kochsalzlösung werden nachgeschickt. 8—10 Stunden nach der Injektion entsteht eine ödematöse Schwellung der erkrankten Partien; tags darauf treten Gelenkergüsse und große Blasen auf. Die Erscheinungen halten etwa zehn Tage an. In einigen Fällen traten keine, in anderen dagegen alarmierende Allgemeinerscheinungen auf; es kam zu Temperatur- und Blutdrucksenkung, ja ein Patient starb drei Tage nach der Injektion. Bei mehreren Kranken wurden die Injektionen wiederholt. Die krankhaften Symptome wurden in mehreren Fällen bedeutend gebessert: die Schmerzen und die Gelenkschwellungen nahmen ab, die Beweglichkeit wurde besser. Es läßt sich aber noch kein definitives Urteil abgeben. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Kupferbehandlung der Tuberkulose und Chemotherapie, von Artur Strauss-Barmen. (Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2, H. 2—4.) Die Behandlung der äußeren Tuberkulose besteht aus einer örtlichen und aus einer allgemeinen. Die örtliche Behandlung wird mit einer Salbe (Lekatylsalbe) durchgeführt, die aus einer Verbindung von zimtsaurem Kupfer mit Lezithin besteht. Ihr Kupfergehalt beträgt $1^1/_2\%$. Zur Herabsetzung ist sie mit Zykloform versetzt. Zur allgemeinen Behandlung durch Inunktionen benutzt man dieselbe Salbe. Dazu gibt man dragierte Pillen; jede Pille enthält 0,005 Kupfer. Man verabreicht dreimal täglich 1—2 Stück nach den Mahlzeiten. Die Schmierkur wird wie bei Quecksilberkuren durchgeführt: man lasse täglich 3—6 g 15—20 Minuten lang in die Haut verreiben. Intravenöse Injektionen macht man zweimal wöchentlich. W. Chrzelitzer-Posen.

Wirkung der Heliotherapie bei der Behandlung der Hauttuberkulose, von E. Vidal. (Kongr. d. internat. Ges. f. Thalassother., Cannes 1914.) Verfasser gibt in seinem Referate zuerst einen geschichtlichen Überblick und zeigt, daß die heilende Wirkung der Sonnenstrahlen schon den Griechen und Römern bekannt war. In der Zeit der Völkerwanderung ging diese Erkenntnis verloren, und erst im 18. Jahrhundert wurde die Heliotherapie wieder aufgenommen und dann später noch zu wiederholten Malen wieder entdeckt. Zu dem speziellen Teile übergehend zeigt Vidal an der Hand von Bildern die schönen Resultate, die mit der Sonnenbehandlung bei Hauttuberkulose, speziell bei Lupus vulgaris, erzielt werden können. Verfasser fordert, daß in allen entsprechenden Anstalten Vorsorge für Heliotherapie getroffen werde.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand, von Alfred Hüssy. (Beitr. klin. Chir., Bd. 91, H. 3.) Verfasser, ursprünglich ein Anhänger der radikalen Richtung bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, ist in Leysin bei Rollier ein Bewunderer der Heliotherapie geworden. In der vorliegenden ausführlichen Arbeit bespricht er die Höhensonnenbehandlung der Handtuberkulose, die im allgemeinen als prognostisch ungünstig gilt. An der Hand eines allerdings noch nicht sehr großen Materials führt er in Krankengeschichten und Bildern seine Erfolge vor. Es ist gelungen, bei den meisten Patienten nicht nur die Handtuberkulose, sondern auch eventuelle komplizierende tuberkulöse Herde (Drüsen) zur Ausheilung zu bringen, das Allgemeinbefinden zu heben. Diese Erfolge mögen ein Ansporn für immer weiter ausgedehnte Anwendung der Heliotherapie sein. Allerdings muß diese bei chirurgischer Tuberkulose von orthopädisch Ausgebildeten ausgeführt werden. Es ist nicht notwendig, die Heilstätten in solcher Höhe wie die Rollierschen anzulegen, man kann dies auch tiefer, eventuell auch in der Ebene machen, es muß nur die Sonnenbehandlung konsequent und sachverständig durchgeführt werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Blaulichtbehandlung tuberkulöser Hautgeschwüre, von Thedering. (Zschr. f. physik. diät. Ther., 1914, H. 1.) Verfasser behandelt torpide tuberkulöse Geschwüre mit der Quarzlampe usw. mit Baulicht und Kompression. Die Drucklinse wird fest aufgesetzt und 10–15 Minuten bestrahlt. Nachher Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Nach 8—10 Tagen, sobald die entzündliche Reaktion annähernd abgelaufen ist, neuerliche Belichtung. Sobald das Geschwür gereinigt ist, wird Argentumsalbe aufgelegt. Unter dieser Behandlung verliert das Geschwür den torpiden Charakter und pflegt rasch abzuheilen. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Modifikationen der Technik der Photo-Radiotherapie des Lupus, von E. Milani-Rom. (La Radiologia m., 1914, Nr. 9.) Die Läsionen werden zuerst mit Radium oder mit Röntgenstrahlen und sofort danach mit der Kromayerschen

Digitized by Google

Lampe (ohne Filter) behandelt. Es tritt gewöhnlich eine schmerzhafte Reaktion ein. Die Läsionen werden während der ersten Tage mit feuchten (mit physiologischer Kochsalzlösung durchtränkten) Umschlägen behandelt; zu gleicher Zeit wird Patient mit dem Hochfrequenzstrom behandelt, der eine Dekongestion erleichtert und eine Vernarbung befördert. Verfasser behandelte nach dieser Methode mehrere Fälle und erzielte sehr befriedigende Resultate. K. Rühl-Turin.

Über die Photo- und Radiotherapie des Lupus, von E. Milani-Rom. (La Radiologia m., 1914, Nr. 9.) Verfasser hat bei dem Lupus vulgaris gute Resultate mit der kombinierten Therapie: Röntgen- resp. Radiumbehandlung + Lichtbehandlung erhalten. Die Lichtbehandlung (mit der Kromayerschen Quecksilberlampe) folgte unmittelbar auf die Röntgen- resp. Radiumbehandlung; jede Sitzung dauerte fünf Minuten; die Haut wurde ischämisiert; das Licht wurde nicht filtriert. Auf die Lichtbehandlung ließ Verfasser während der ersten Tage eine Behandlung mit Hochfrequenzströmen folgen. K. Rühl-Turin.

Herdförmiger Lupus tuberculosus exedens non ulcerosus der rechten Wange; rasche Heilung durch Finsen-Therapie, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1915, Nr. 3.) Der Lupus wurde in 13 Sitzungen zu 45—60 Minuten geheilt.

R. Frühwald-Leipzig.

Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus, von Alfred Adam Haulburg. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1914. Bd. 31, H. 2.) Die Verwendung von Partialantigenen, d. h. Teilkörpern organischer antigener Substanzen, bei der Immunitätsanalyse ist eine von Much begründete neue Arbeitsmethode. In seiner Arbeit teilt der Verfasser seine Beobachtungen mit Tuberkelbazillen-P. A. (Milchsäureaufschließung nach Deycke-Much) an Lupösen mit. Die Prüfung auf zelluläre Immunität geschah mittels Intrakutanimpfung, die der humoralen Antikörper mit Komplementbindung gegen P. A. Das Charakteristische der lupösen Erkrankung ist die Steigerung der Empfindlichkeit gegen die Fettbestandteile des Tuberkelbazillus. Im Gegensatz zu der bei Lungenschwindsucht sich äußernden Fettreaktion sieht man bei Lupus deutliche Reaktionen für Fettsäure-Lipoidgemisch noch bei Verdünnungen von 1:1 Million, für Nastin, Neutralfett bei 1:1—10 Millionen. Gegenüber der zunächst anämischen, dann langsam sich rötenden Fettimpfstelle bei Phthisikern reagiert der Lupöse mit einer geröteten, ödematösen Infiltration, die anfangs der beginnenden Albuminreaktion ähnlich ist, sich aber im weiteren Verlaufe durch ihr ausgedehnt bleibendes Erythem unterscheidet. Infolge dauernden Zerfalles der Fettsubstanz des Bazillus, der den Organismus mit Fettsäuren anreichert, gerät der Lupöse in den Zustand der Fettüberempfindlichkeit. Unter Einfluß von Licht und Luft zerfallen Fette sehr leicht, und den dabei auftretenden Fettsäuren muß eine irritative Hauptrolle zugeschrieben werden. Es ließ sich bisher feststellen, daß nach relativ kurzer Zeit unter Einwirkung sehr kleiner Dosen von P. A. ein auffallendes Abblassen und Abschwellen im Lupusgebiet auftrat. W. Chrzelitzer-Posen.

Die modernen Methoden der Lupusbehandlung, von Artur Alexander-Charlottenburg. (B. kl. W., 1914, Nr. 42.) Nach einem einleitenden Überblick über die sozialen Bestrebungen zur Unterstützung der Lupuspatienten bespricht Verfasser zunächst das vor allem von Lang, aber auch von anderer Seite befürwortete Exzisionsverfahren. Bezüglich des Tuberkulins präzisiert sich Verfasser dahin, daß es nicht berufen sein dürfte, eine irgendwie erhebliche Rolle in der Lupustherapie zu spielen. Aussichtsreicher erscheinen ihm die chemotherapeutischen Methoden. Dazu gehört die Verwendung des Kupfers sowohl in örtlicher wie in allgemeiner Therapie. Vorsicht bei der Auswahl der zu injizierenden Fälle und in der Dosierung scheint am Platze zu sein bei dem lediglich von der Blutbahn aus anwendbaren Aurum-Kalium cyanatum.

Digitized by Google

Über die Anwendung des Radiums und seiner Derivate bei Lupus existieren noch wenig Erfahrungen. Ob die Quarzlampe der FINSEN-Lampe gleichwertig sei, darüber sind die Ansichten noch geteilt. Das Diathermieverfahren mittels der FORESTschen Nadel eignet sich mehr für den Lupus des Stammes und der Extremitäten, d. h. für die Teile, bei denen es auf kosmetisches Vorgehen nicht so sehr ankommt. Zum Schluß wird in bezug auf die Prophylaxe des Lupus, insbesondere für die Verhinderung der Zerstörung der äußeren Nase, hingewiesen auf die Häufigkeit der Beteiligung der Nasenschleimhaut, insonderheit darauf, daß Lupus meist seinen Ursprung von der Nasenschleimhaut nimmt und erst nach mehr oder weniger langem Bestehen der Schleimhauterkrankung die Affektion an der äußeren Nase klinisch in Erscheinung tritt. E. Klemm-Leipzig.

Eine neue Behandlungsmethode für Lupus vulgaris, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 17. Oktober 1914.) Die auch sonst für dermatologische Zwecke, wenn auch nicht sehr ausgiebig, verwendete Trichloressigsäure liefert nach H.s nunmehr mehrjährigen Erfahrungen ganz ausgezeichnete Resultate bei Lupus vulgaris. Man stellt sich eine gesättigte Lösung durch Zusatz von zehn Tropfen H_2O zu 30,0 der reinen Kristalle her und trägt sie mit einem watteumwickelten hölzernen Zahnstocher an den einzelnen Lupusknötchen auf. Gelegentlich wird es nötig, die Aufpinselung etwas diffuser zu gestalten, doch soll das bearbeitete Gebiet nie größer als ein Markstück sein. Zur Beseitigung des Brennens und als kosmetische Einhüllung dient die folgende Mischung: R. Kal. subsulf., Zinc. sulfuric. āā 1,0, Zinc. oxydat. 10,0, Aq. calcis 15,0, Aq. dest. ad 40,0, Adde Carmin. pulv. q. s. Die günstige Beeinflussung des pathologischen Prozesses ist dabei gewöhnlich schon nach wenigen Wochen zu bemerken, und Heilung war binnen 6—12 Monaten die Regel. Einige Fälle sind seit zwei Jahren völlig rezidivfrei geblieben. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Behandlung des Lupus mit dem FRIEDMANNschen Mittel, von STARKE. (B. kl. W., 1914, Nr. 33.) Verfasser hat sieben Lupuspatienten mit dem FRIEDMANNschen Mittel behandelt mit dem Ergebnis, daß unangenehme Nebenwirkungen, die zu einer Schädigung der Patienten hätten führen können, nicht zu beobachten waren, daß aber auch in keiner Weise ein Vorteil in diesem Mittel erkannt werden konnte und daß eine wirklich fortschreitende Heilung, selbst eine deutliche Besserung auch nach mehreren Monaten in keinem Falle zu konstatieren war. E. Klemm-Leipzig.

Zwei Fälle von Lupus bei Kindern, von H. W. BARBER. (Brit. m. J., 17. April 1915.) Beide Fälle zeigten sehr ausgedehnte Lupusulzerationen im Gesicht. Nachdem anfänglich vergebens eine Röntgenbehandlung verwendet worden war, wurde UNNAS Unguentum viride (Acid. salicyl., Stibii chlorat. āā 2,0, Creosot., Extract. cannab. ind. āā 4,0, Adip. lanae 8,0) mit sehr gutem Resultat versucht. Die Heilung wurde schließlich mit der PFANNENSTIELschen Behandlung (interner Joddarreichung, lokalen Umschlägen mit H_2O_2) nebst Pinselungen mit Trichloressigsäure erreicht. H. Boas-Kopenhagen.

Über intravenöse Behandlung des Lupus mit Kupfersalvarsan, von J. FABRY-Dortmund. (M. m. W., 1915, Nr. 5.) Die von einigen Verfassern verfochtene Bedeutung der Kupfersalze bei der chemotherapeutischen Behandlung der Tuberkulose und speziell des Lupus erklärt F. auf Grund seiner Versuche mit der intravenösen Injektion von Kupfersalvarsan bei sechs Lupuskranken für illusorisch. Das von EHRLICH zunächst für die Luesbehandlung dargestellte Kupfersalvarsan besteht aus Altsalvarsan, Neosalvarsan, Arsen und zu 11,6% aus Kupfer. Während die vom Verfasser bei Syphilis damit erzielten Resultate sehr befriedigend waren, zeigten sich die lupösen Läsionen durchaus refraktär gegen das Mittel, wenn auch nachteilige Wirkungen nicht zu beklagen waren. Wenn also mit Kupfersalben bei Lupus auch günstige Resultate

Digitized by Google

erzielt werden mögen, so beweist dies nicht eine spezifisch chemotherapeutische Einwirkung auf das Krankheitsvirus. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein mit Ulsanin (Hydrojodoborat) geheilter Fall von Gesichts- und Nasenlupus, von O. Leonhard. (W. m. W., 1914, Nr. 26.) Das Präparat ist ein Pulver, welches nach dem Aufstreuen Jod und Sauerstoff durch Zersetzung abgibt. Die Patientin, bei welcher das Präparat angewendet wurde, litt an einem ulzerierenden Lupus. Die Anwendung des Präparates, welches mit der Entwicklung von Joddämpfen einhergeht, führt zu dunkelbrauner Jodierung und nachfolgender Abschälung. Bei gleichzeitiger Anwendung des Galvanokauters zur Beseitigung immer wieder hervortretender miliarer Knötchen trat in zwei Monaten vollkommenes Verschwinden der Krankheit ein. Das Präparat liefert die Engel-Apotheke in Budapest. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von Erythema induratum mit sehr großer Überempfindlichkeit der Haut gegen Tuberkulin, von Karl Frumerie. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 8.) Der Fall betrifft ein 18jähriges Weib mit tuberkulösen Lymphomen am Halse und einer seit November 1912 während der kälteren Jahreszeit sich verschlimmernden Hautkrankheit an den unteren Hälften beider Unterschenkel, hauptsächlich an den Außenseiten der Waden. Sowohl nach intrakutaner Injektion an frischen Hautstellen von $^1/_{10}$ mg als auch $^1/_{100}$ mg Alttuberkulin trat an der Injektionsstelle eine außerordentlich kräftige Hautreaktion mit hämorrhagischer Blasenbildung und Ulzeration hervor (Planche). Diese Verhältnisse deuteten auf die Möglichkeit hin, daß sowohl das Erythema induratum als die enorm kräftige Tuberkulinreaktion von einer allgemeinen Hautüberempfindlichkeit der Patientin gegen das Tuberkeltoxin abhängen, und daß man für die Entstehung ihres Erythema induratum in den tuberkulösen Halslymphomen das ätiologische Moment zu suchen hat. (Autoreferat.) W. Holland-Kristiania.

c. Syphilis.

Über den heutigen Stand der geschichtlichen Syphilisforschung, von Hermann Schöppler. (Ärztl. Rdsch., 1914, Nr. 7.) Der Artikel führt die wichtigsten literarischen Ergebnisse namentlich der letzten Zeit (v. Notthafft und Sudhoff) an.

H. Vörner-Leipzig.

Warum müssen wir immer an Syphilis denken? von R. Spillmann. (M. Press a. Circ., 22. Juli 1914.) Sp. berichtet über einige Fälle aus seiner Praxis, die auf Syphilis zurückzuführen waren und durch spezifische Kuren geheilt wurden, obgleich sie andere Krankheiten vortäuschten. So führt er Fälle von anscheinender Lungentuberkulose an, ferner Aortitis, Anämie, Hämatemesis, Lebertumoren, traumatische Exostosen und Gelenkaffektionen, Schleimhautaffektionen, Pharynxlupus, Neuritis, Hydrozephalus (hereditär-syphilitisch), anscheinende Gehirntuberkulose, — die alle durch Quecksilber und Jod geheilt wurden. Ferner sind nach Verfassers Ansicht 91% der allgemeinen Paralysen syphilitischer Provenienz und 1 von 4 Fällen nur durch spezifische Behandlung gebessert, und daß bei den anderen die Remissionsperiode verlängert wird. Bei der lokomotorischen Ataxie sind die Resultate der spezifischen Behandlung besser, nämlich 21% Heilung, 25% verlängerte Remissionen, 5% Remissionen als Rückfall, da mit der Behandlung zu frühzeitig aufgehört wurde, 11% bemerkenswerte Verlangsamung des Krankheitsverlaufs und 42% Besserung der Symptome. Man tut daher gut, bei sehr vielen Krankheiten nachzuforschen, ob sie nicht doch auf syphilitischer Basis beruhen und sollte immer bei der Diagnose an Syphilis denken.

F. John-Leipzig.

Syphilis bei den amerikanischen Negern, von H. H. Hazen-Washington. (J. Am. m. Assoc., 1. Aug. 1914.) H. hat die syphilitischen Erkrankungen der ärmeren Neger-

Digitized by Google

klassen Washingtons studiert und fand unter 2000 Hautkranken 440 Fälle von Syphilis. Aus verschiedenen Statistiken geht hervor, daß bei den Negern ungefähr $1^1/_2$ mal so viel Fälle von Syphilis vorkommen als bei den Weißen. Eine ernste Tatsache ist es, daß bei den Negern eine ziemliche Anzahl von Schulkindern an Syphilis erkranken. Unter 440 Syphilisfällen fand H. neun Fälle von akquirierter Syphilis bei Schulkindern, eins war 19 Jahre alt, alle übrigen unter 15 Jahren. Auch bei weißen Schulkindern kommt Syphilis vor, aber in erheblich geringerer Anzahl. Aneurysmen und Aorteninsuffizienz als Folge der Syphilis kommen bei Negern häufiger vor als bei Weißen. Das Vorkommen der Parese ist bei beiden Rassen ziemlich gleich, während Tabes bei den Weißen häufiger vorkommt; andere Typen nervöser Syphilis sind weit häufiger bei den Negern. Extragenitale Schanker sind bei den Negern sehr selten. Bei den Vollblutnegern und Mulatten kamen häufiger papulöse und makulöse Syphilide vor, häufiger Kondylome als bei den Weißen, tertiäre Symptome und Gummata ebenso; Knotensyphilide sind selten, typische Palmarsyphilide sind eine Seltenheit. Plaques muqueuses kamen häufiger bei den Negern vor, und die Drüsenerkrankungen sind hartnäckiger. Verfasser spricht dann noch über Prophylaxis und empfiehlt besonders die Hospitalbehandlung der Neger. F. John-Leipzig.

Syphilis in China Mitteilung über einige ungewöhnliche syphilitische Läsionen, von A. C. Reed-Changsha, China. (J. Am. m. Assoc., 24. April 1915.) Kurzer Bericht über drei Fälle unter Beigabe von Abbildungen von syphilitischer Onychie, syphilitischer Keratose im Verein mit papulopustulösen Läsionen an den Fußsohlen und von syphilitischen Tuberkeln im Gesicht. Verfasser bemerkt, daß im allgemeinen in China tertiäre und sogenannte parasyphilitische Erscheinungen selten angetroffen werden, trotzdem sich die Patienten meist bei Erzielung einer symptomatischen Heilung der weiteren Behandlung entziehen. Nur in den Küstenstädten kommen Fälle von Parasyphilis bei den in anderen Ländern infizierten Chinesen häufiger vor und werden ungefähr in dem gleichen Prozentsatz wie bei den Bewohnern der westlichen Weltteile beobachtet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Häufigkeit der Syphilis, von Le Noir. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Statistische Angaben. In $^1/_6$ der Fälle wurde Syphilis angegeben.

R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die dermatologischen Erfahrungen im Kriege, von Fr. v. Krzysztalowicz und Johann Walkowski-Krakau. (W. m. Wschr., 1915, Nr. 28.) Die Mehrzahl der Hautfälle besteht in pyogenen Erkrankungen. Verfasser ist für Einrichtung von ausgiebiger Wasch- und Badegelegenheit, sowie für einen möglichen Wäschewechsel, der den Truppen in den nächsten Feldspitälern gewährt werden sollte. H. Vörner-Leipzig.

Zirkumskripte Narbenschmerzen bei Durchschüssen von Hand und Fuß. (Hilfsmittel zur Ermöglichung der gewerblichen Arbeit trotz der Schmerzen, von Adolf Deutsch. (W. kl. W., 1915, Nr. 35.) Der Verfasser schützt die betreffenden Stellen durch Aluminiumplättchen, welche so geschnitten sind, daß die Ränder nur die schmerzfreie Umgebung berühren. Die Plättchen werden in einen Lederschutz eingenäht. Für die Fußsohlen eignen sich ausgestanzte Korksohlen.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Kosmetische Rücksichten in der operativen Chirurgie, von J. Sternberg-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 28.) Bei Abszessen und Tumoren soll man versuchen mit den kürzesten Schnitten auszukommen, bei der Schnittführung sind die Spaltlinien und natürlichen Furchen zu berücksichtigen, und schließlich läßt sich auch bei der Naht die Verletzung der Haut vermindern oder vermeiden. H. Vörner-Leipzig.

Zwei vielgebrauchte therapeutische Erfordernisse für den Militärarzt, von Karl Ullmann-Pola. (W. kl. W., 1915, Nr. 24.) 1. Praktisches Suspensorium — gleichzeitig Hodenverband für therapeutische (dermatologisch-chirurgische) und prophylaktische Zwecke. Es werden die Indikationen und Vorzüge desselben hervorgehoben. 2. Das 20%ige graue Öl (Lang-Ullmann) zur Syphilisbehandlung in der Hand des Militärarztes. Nähere Angaben über Eigenschaften, Wirkungsweise, Indikationen, Dosierung, Abgabe, Zusammensetzung und Bedeutung. H. Vörner-Leipzig.

Sexualpädagogik im Frieden und Krankheitsverhütung im Kriege, von Touton-Wiesbaden. (Zschr. f. Sexualwissensch., Bd. 2, H. 3.) Eine Polemik, in der sich Verfasser gegen die ihm von verschiedenen Seiten gemachten Vorwürfe einer laxen Auffassung bezüglich der Zulässigkeit des außerehelichen Geschlechtsverkehrs der Krieger verwahrt. Er ist nur für Beiseitestellung aller langsam wirkenden theoretischen Forderungen, also auch der Sexualpädagogik, will sich vielmehr auf den Boden der realen Tatsachen stellen und fordert, da eben doch nun einmal ein großer Teil der Soldaten nicht abstinent lebt, die obligatorische Einführung von Prophylaktika seitens der Armeeverwaltung, wobei nich außer acht gelassen werden soll, daß es auch bis jetzt absolut sicher wirkende Prophylaktika nicht gibt. E. Klemm-Leipzig.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Hans Lieske-Leipzig. (Zschr. f. Mbeamte., 1915, Nr. 12.) Verfasser unterzieht die Bestrebungen, den Körperverletzungsparagraphen des Strafgesetzbuchs so umzuformen, daß auch gewissenlose Verbreiter geschlechtlicher Erkrankungen zur Verantwortung gezogen werden können, einer kritischen Würdigung. Beifällig zu begrüßen sei der Vorschlag, daß ein Kranker nicht deshalb strafbar sein soll, weil er die Gesundheit einer anderen Person tatsächlich geschädigt hat, sondern weil er mit seiner verbrecherischen Sorglosigkeit die Gefahr der Ansteckung wachrief, und daß ferner die Begriffe von Vorsatz und Fahrlässigkeit hier fallen gelassen und dafür diejenigen Personen unter das Gesetz gestellt werden, die sich „wissentlich" vergehen. Bei Abwägung, wie sich die Verhältnisse dann in Wirklichkeit gestalten werden, führen Verfasser indes verschiedene Faktoren leider zu dem pessimistischen Endergebnis, daß trotz dieser Verbesserungen die Schöpfung einer besonderen, die Ansteckung verpönenden Strafdrohung, laute sie wie sie wolle, überhaupt keinen praktischen Gewinn verspricht.

E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

In Charlottenburg soll eine städtische Fürsorgestelle für Geschlechtskranke errichtet werden.

Prof. Dr. Thomas von Marschalkó, Vorstand der dermatologischen Klinik an der Universität Klausenburg (Kolozsvár), ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. November 1915 | Nr. 45 | Band 61

Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken.

Von

Josef Schumacher, Berlin.

A. Theoretischer Teil.

Unna verdanke ich die Anregung, zu untersuchen, inwieweit es möglich wäre, durch reduzierende Substanzen die Gonokokken ihres Sauerstoffgehaltes zu berauben. Der Grad der Sauerstoffentziehung konnte an dem von Unna geschaffenen RW-Bild leicht kontrolliert werden. Je nach dem vorhandenen Sauerstoffreichtum in den Gonokokken mußten diese sich bei der Behandlung mit RW weniger oder stärker bläuen. Gelang die Sauerstoffentziehung der Gonokokken völlig, konnten diese vollständig „erstickt" werden, so war diese Methode vielleicht therapeutisch zu verwerten. Dies war der Gedankengang Unnas, als er mich veranlaßte, diese Verhältnisse etwas näher zu untersuchen.

Zur Ausführung der Unnaschen RW-Färbung hält man sich 100 g einer ½ %igen wäßrigen Lösung von Methylenblau vorrätig, die man mit ca. 7 Tropfen einer 25 %igen Salzsäure angesäuert hat. 10 ccm dieser Lösung werden vor dem Gebrauch mit 0,3 g Rongalit[1]) gelinde erwärmt, bis eben Entfärbung eintritt. Es resultiert eine nahezu klare Lösung, die man vor jedesmaligem Gebrauch filtrieren muß. Die so erhaltene Lösung hält sich mehrere Tage. Mit dieser Lösung färbt man die Gonorrhoepräparate zwei Minuten lang und spült mit abgekochtem Wasser darauf gründlich ab. Alsdann läßt man das Präparat lufttrocken werden und betrachtet es erst dann. Man muß unbedingt ca. 5 Minuten lang warten, bis das Bild voll entwickelt ist, da diese Zeit erforderlich ist, damit der Sauerstoff das Leukomethylenblau bläuen kann. In einem solchen Präparat findet man alsdann das Protoplasma der Leukozyten schwach blau gefärbt, etwas dunkler blau die sauerstoffreicheren Kerne. Die Gonokokken färben sich durch ihren enorm großen Sauerstoffgehalt intensiv dunkelblau, so daß sie sich prächtig von den Leukozyten abheben. Man findet daher mit der RW-Färbung manchmal noch

[1]) Badische Anilin- und Sodafabrik, oder das gleichwertige „Heraldit" von Casella.

Digitized by Google

Zeit der Einwirkung der Reduktionsmittel.

+++ bedeutet normales RW-Bild,
++ „ abgeblaßtes RW-Bild,
+ „ sehr blasses RW-Bild,
+! „ besonders starke Beeinflussung der Gonokokken.

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten		60 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Resorzin 1% . . .	+++	+++	+++	+++	+++	++		
Brenzkatechin 1% .	+++	+++	++	+++	++	++		
Pyrogallol 1% . .	++	++	++	+++	++	+!	+	+!
Resorzin 1% . . . (schwach alkalisch)	++	++	++	+	+	+		
Brenzkatechin 1% . (schwach alkalisch)	++	++	++	++	+	+		
Pyrogallol 1% . . (schwach alkalisch)	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 3% . . .	+++	+++	++	+++	++	+		
Brenzkatechin 3% .	+++	+++	++	+++	+++	++		
Pyrogallol 3% . .	++	++	+	++!	+	+!		
Resorzin 3% . . . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Brenzkatechin 3% . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Pyrogallol 3% . . (schwach alkalisch)	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 5% . . .	+++	+++	++	++	++	+		
Brenzkatechin 5% .	++	++	+	++	+	++		
Pyrogallol 5% . .	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 5% . . . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Brenzkatechin 5% . (schwach alkalisch)			+	+	+	+!		
Pyrogallol 5% . . (schwach alkalisch)			+	+!	+	+!		
p-Aminophenol gesättigt ca. ½—1%			+++	+++	++	++	+	+
p-Aminophenol + 5 Tr. HCl auf 100 ccm der vorigen Lösung			+	+	+	+	+	+
p-Aminophenol + 3 Tr. KOH 15% auf 100 ccm			++	+	+	+	−	−

Digitized by Google

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten		60 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Pyrogallolkarbonsäure 1%			++	++	++	+!		
„ 3%			++	+!	++	+!		
„ 5%			++	+!	++	+!		
Salvarsannatrium 1% . .	++	+!	+	+!				
„ 3% . .	++	+!	+	+!				
Kolloidaler Schwefel 2%	+++	+++	+	+++	+	+++		
„ „ 5%	++	+++	+	+++	+	++		
„ „ 10%	+	+++	+	+++	+	++		
Schweflige Säure . . .	+++	+++	+++	+++			++	++
Natriumsulfit 1% . . .			+++	+++	++	++		
„ 3% . . .			+++	+++	++	++		
„ 5% . . .			—	+++	—	++		
Natriumbisulfit 1% . .			+	+++	—	+++		
„ 3% . .			+	+++	—	+++		
Eikonogen 1%			+++	+++	++	+++		
„ 3%			+	++!	—	++!		
Ferrosulfat 1%					+++	+++		
„ 3%					++	+++		
„ 4%					—	+++		

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Rongalit 1%	+++	+++	++	+++	++	+++
„ 3%	++	+++	++	+++	++	++
„ 5%	++	+++	++	+++	+	++
Oxalsäure 1%	+++	+++	+++	+++	+++	+++
„ 3%	+++	+++	+++	+++	++	+++
„ 5%	+++	+++	+++	+++	++	+++
Phenylhydrazin 1% . . .	+++	+++	—	++	—	++
„ 3% . . .	++	+++	—	++	—	+
„ 5% . . .	++	+++	—	++	—	+

massenhaft Gonokokken in einem Gonorrhoe-Eiterpräparat, wo man solche mit der gewöhnlichen Methylenblaufärbung nicht mehr finden konnte [1]).

In das Reich unserer Betrachtungen zog ich zunächst die Oxybenzöle, das Resorzin, Hydrochinon, Brenzkatechin und das Pyrogallol.

[1]) Zur Untersuchung wenig Gonokokken enthaltender oder auf solche suspekter Sekrete verdient das RW-Bild mehr als bisher seiner großen Kontraste wegen herangezogen zu werden.

Digitized by Google

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Resorzin.

Wurde ein nicht fixierter, lufttrocken gewordener Gonorrhoe-Eiterausstrich fünf Minuten lang in eine 1 % ige Resorzinlösung gestellt und nach dem Abspülen mit Wasser zwei Minuten lang mit RW gefärbt, so war gegenüber einem unbehandelten Kontrollpräparat ein Unterschied in der Färbung nicht zu konstatieren. Auch eine entsprechende Vorbehandlung mit 3- und 5 % iger Resorzinlösung ändert an dem Bild nur wenig. Die Gonokokken waren auch in dem mit 5 % iger Resorzinlösung vorbehandelten Präparat noch stark gebläut und hoben sich gut von den Leukozyten ab. Gegenüber dem unbehandelten Kontrollpräparat ist eine nur ganz unwesentliche Abschwächung des blauen Tones des RW-Bildes eingetreten, die aber alle Elemente gleichmäßig trifft und die mit steigender Konzentration der Resorzinlösung zunimmt. Auch eine 15 Minuten lange Einwirkung der 1- und 3 % igen Resorzinlösung änderte nichts Wesentliches an dem Bild. Die Gonokokken sind auch hier noch tiefblau gefärbt. Erst wenn die 5 % ige Lösung 15 Minuten einwirkte, blaßte das Bild erkennbar ab, die Leukozytenkerne sind blasser geworden und auch die Gonokokken in entsprechendem Grade. Wirkte das Resorzin 30 Minuten lang ein, so war auch jetzt das Bild in dem mit 1 % iger Lösung vorbehandelten Präparat noch wenig verändert, in dem mit einer 3- und 5 % igen Lösung vorbehandelten Präparat jedoch waren die Leukozyten deutlich abgeblaßt und die Gonokokken auch nur schwer zu erkennen, wegen ihrer jetzt nur mehr blaßblauen Färbung. An einigen wenigen Stellen jedoch waren sie noch dunkler blau gefärbt als die Leukozytenkerne. Auch Unna fand stets die Leukozytenkerne rascher und stärker entfärbt durch neutrale Lösungen von Resorzin als die Gonokokken.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, wirkt die auf 100 ccm mit 3 Tropfen 15 % iger Kalilauge alkalisch gemachte Resorzinlösung bedeutend stärker ein. Schon die Einwirkung von einer 1 % igen alkalisierten Lösung auf die Dauer von 5 Minuten läßt das RW-Bild abblassen, die 3- und 5 % ige Lösung läßt bei einer Einwirkungszeit von 15 Minuten die Leukozyten und Gonokokken sich eben noch schwachblau färben. Wird die Einwirkungszeit der alkalisierten Lösung auf 30 Minuten erhöht, so tritt eine noch stärkere Abschwächung des blauen Farbtones ein, ohne daß dieser aber völlig verschwindet. Die Gonokokken sind aber nicht mehr stärker gebläut als die Leukozytenkerne, sondern erscheinen in demselben Blau und sind daher schwerer aufzufinden, wenn eine 3- oder 5 % ige alkalisierte Resorzinlösung ½ Stunde lang einwirkte. Es scheint daher, als ob durch alkalisierte Resorzinlösungen die Gonokokken etwas intensiver angegriffen werden als die Leukozytenkerne. Nach Unna und

Digitized by Google

Golodetz sind aber alkalische Lösungen nicht ohne Einfluß auf das RW-Bild.

Das Resorzin ist also imstande, den Gonokokken bei längerer Einwirkung den größten Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Hydrochinon und Brenzkatechin.

Wurden die Versuche mit Hydrochinon angestellt, so ergaben sich die analogen Verhältnisse wie bei dem Resorzin. Dagegen beeinflußte Brenzkatechin das RW-Bild stärker als die genannten beiden Oxybenzole. Wirkte eine 1 %ige Brenzkatechinlösung 15 Minuten lang ein, so sind die Kerne der Leukozyten etwas abgeblaßt, die Gonokokken heben sich aber noch durch ihre intensiv blaue Farbe hervor. Die 3 %ige Lösung wirkt in derselben Zeit auch nicht wesentlicher ein. Bei dem mit 5 %iger Lösung 15 Minuten lang vorbehandelten Präparat sind jedoch die Leukozytenkerne weiterhin abgeblaßt, so daß sie sich gerade noch von dem Protoplasma abheben, aber auch hier sind die Gonokokken infolge ihrer intensiv blauen Farbe noch leicht aufzufinden. Wirkten die Reagentien $^1/_2$ Stunde lang ein, so war eine wesentlich stärkere Abnahme der Farbe nicht zu konstatieren. Die Kerne der Leukozyten und die Gonokokken waren in allen Präparaten noch erkennbar, wenn die Intensität der angenommenen Farbe auch wesentlich abgenommen hatte.

Behandelte man die Präparate mit 1 %iger alkalisierter Brenzkatechinlösung 15 Minuten lang vor (5 Tropfen 15 %iges KOH auf 100 ccm Lösung), so waren die Leukozytenkerne noch gut gefärbt und die Gonokokken tiefer blau tingiert als erstere. Bei der 3- und 5 %igen alkalisierten Lösung waren alle Elemente etwas blasser gefärbt, aber der Unterschied zwischen Leukozytenkernen und Gonokokken blieb derselbe. Wirkte die alkalisierte 3- und 5 %ige Lösung aber 30 Minuten ein, so waren die Gonokokken in demselben Ton gefärbt als die Leukozytenkerne, hatten also relativ mehr ihres Sauerstoffgehaltes eingebüßt als die Leukozytenkerne.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Pyrogallol.

Dieses Präparat besitzt einen noch stärkeren Einfluß auf das RW-Bild, nur das Brenzkatechin kommt ihm annähernd in der Wirkung gleich. Aber auch eine 1 %ige Pyrogallollösung vermag selbst bei einer Einwirkungszeit von 1 Stunde das RW-Bild nicht völlig zum Verschwinden zu bringen. Behandelt man einen Gonorrhoeeiterausstrich 15 Minuten lang mit einer 1 %igen Pyrogallollösung vor, so sind die Kerne der Leukozyten bei nachfolgender RW-Färbung nur mehr blaß tingiert, die

Digitized by Google

Gonokokken aber noch stark blau gefärbt. Bei dem entsprechend mit der 3 % igen Lösung vorbehandelten Präparat sind die Leukozytenkerne ebenfalls blaß, die Gonokokken haben aber sehr viel mehr von ihrem Färbungsvermögen eingebüßt und sind nur weniger intensiv blau gefärbt als die Leukozytenkerne. Wurde das Präparat mit einer 5 % igen Pyrogallollösung 15 Minuten lang vorbehandelt, so sind die Gonokokken sehr viel schwerer zu erkennen, da sie sich jetzt in demselben blauen Tone färben wie die Leukozytenkerne. Wirkte die 1 % ige Lösung aber 30 Minuten vorher ein, so sind die Leukozytenkerne noch sehr schön blau tingiert, die Gonokokken aber sogar etwas weniger intensiv gefärbt. Bei dem entsprechend mit einer 3 % igen Pyrogallollösung vorbehandelten Präparat sind die Unterschiede der Leukozytenkern- und Gonokokkenfärbung dieselben, aber alle Elemente erscheinen mehr abgeblaßt. Nicht wesentlich hierin verschieden ist das mit einer 5 % igen Lösung 30 Minuten lang vorbehandelte Präparat.

Behandelt man aber mit alkalisierten Lösungen (5 Tropfen 15 % ige NaOH auf 100 ccm Pyrogallollösung), so ist der Einfluß des Pyrogallols ein wesentlich intensiverer. Ein so 15 Minuten lang mit 1 % iger alkalisierter Pyrogallollösung vorbehandeltes Präparat bietet folgendes Bild. Das Protoplasma der Leukozyten ist überhaupt nicht mehr gefärbt, lediglich die Kerne heben sich als blaßblaue Gebilde hervor, die Gonokokken sind aber sehr schwer auffindbar, da sie sich erheblich weniger intensiv gefärbt haben als die Leukozytenkerne. Noch schwerer auffindbar sind die Gonokokken in einem mit 3 % iger und 5 % iger alkalischer Pyrogallollösung 15 Minuten lang vorbehandelten Präparat.

Wirkten die alkalisierten Lösungen 30 Minuten lang ein, so war bei der 1 % igen Lösung kein wesentlicher Unterschied zu konstatieren, bei den mit 3- und 5 % iger Lösung vorbehandelten Präparaten jedoch waren die Gonokokken nur mehr sehr schwierig wahrnehmbar. Sie sind bedeutend blasser als die Leukozytenkerne und eben bei sorgfältigem Suchen noch wahrnehmbar. (Schluß folgt.)

(Aus der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.)

Zur Technik der Neosalvarsananwendung.

Von

Prof. Dr. Carl Stern, Direktor der Klinik.

In Nr. 39 d. W. empfiehlt J. Schumacher eine seiner Ansicht nach „einfache Methode“ der Salvarsananwendung. Schumacher verzichtet auf das Abkochen des zur Injektion erforderlichen Wassers und glaubt die

Digitized by Google

Sterilisation desselben durch chemische Vorgänge ersetzen zu können. Als Hauptgrund für seine Vorschläge führt der Autor an, er wünsche „die Zeit abzukürzen, die nötig ist zur sicheren Sterilisation des Wassers und zur nachherigen Abkühlung desselben". Bei aller Anerkennung der mannigfachen Anregungen, die auch die Dermatologie durch Vorschläge des Verfassers erhalten hat, möchte ich doch nicht empfehlen, diese Vorschläge des Autors in die Praxis umzusetzen. Ich unterlasse es selbstverständlich, die theoretische Voraussetzung des Vorschlages zu erörtern, da ich nicht Chemiker genug bin, um die Reaktionen beurteilen zu können. Dagegen muß ich vom Standpunkt des Praktikers doch darauf hinweisen, daß sich gegen die Ansichten Schumachers vieles einwenden läßt. Ob es so ganz gleichgültig ist, an dem Salvarsan bzw. Neosalvarsan derartige chemische Prozeduren vorzunehmen, wie Schumacher vorschlägt, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls wissen wir aus der tausendfachen Anwendung des Salvarsans, wie außerordentlich leicht zersetzlich die frisch bereiteten Lösungen sind, so daß wir peinlichst darauf achten, die Lösung streng unter Luftabschluß zu halten und die Zeit von der Bereitung derselben bis zur Anwendung auf das Mindeste zu beschränken. Ob es daher so gleichgültig ist, wie Schumacher meint, dem Salvarsan die von ihm angegebenen Chemikalien zuzusetzen, ist doch zum mindesten zweifelhaft. Es liegt aber meines Erachtens nicht der mindeste Grund vor, von der bisherigen Praxis des Aufkochens des Wassers abzugehen. So Hals über Kopf kommt niemals eine Salvarsaninjektion, daß wir nicht Zeit hätten, das Wasser eben fünf Minuten aufzukochen. Wer gar so eilig ist, kann sich durch eine Vereinfachung, wie sie seit Jahr und Tag in meiner Klinik in Gebrauch ist, die Zeit abkürzen. Handelt es sich um eine einzelne Injektion, so wird das dafür erforderliche geringe Quantum Leitungswasser in einem Reagensröhrchen eben aufgekocht. Wir gebrauchen zur Lösung des Neosalvarsans niemals mehr als höchstens 5 g Wasser. Diese Menge reicht völlig aus, um auch eventuell Dosis Nr. 6, die praktisch recht selten in Betracht kommt, in einem Bruchteil der Minute in der Rekordspritze zur Lösung zu bringen und damit für die Injektion fertig zu machen. Ich halte es im Gegensatz zu Schumacher für falsch, das Wasser völlig kalt zu verwenden. Es ist vielmehr notwendig, das Wasser nicht völlig abzukühlen. Einmal löst sich in dem mäßig warmen Wasser das Präparat erheblich leichter, sodann ist es aber für den Patienten wesentlich angenehmer und meiner Erfahrung nach für die Vene besser verträglich, wenn wir die Lösung blutwarm injizieren. Würden wir also nach Schumacher die Sterilisation des Wassers auf chemischem Wege vornehmen, so müßten wir nachträglich die fertige

Digitized by Google

Lösung wieder erwärmen, was weder gleichgültig für die Lösung noch für unsere Zeit ein Gewinn wäre. Wenn SCHUMACHER angibt, man solle nach dem Zusetzen der ersten Lösung (Inhalt der braunen Ampulle) „eine Minute" warten bis zum Zuschütten der zweiten (weißen Ampulle), so wird hierdurch der scheinbare Zeitgewinn schon wieder beseitigt. Wenn wir in meiner Klinik an einem Tage 60—80 Salvarsaninjektionen machen müssen, so spielt ein Zeitverlust von einer Minute für die einzelne Injektion schon eine Rolle. In der von mir angegebenen Anwendungsart mittels Rekordspritze und der Lösung in dieser, haben wir eine so rasch gebrauchsfertige Lösung, daß ein einigermaßen geschickter Assistent Reihen von Injektionen machen kann. Wir legen den Patienten — abgesehen von der ersten Einspritzung — auch nicht mehr auf den Operationstisch, machen vielmehr die intravenösen Injektionen im Stehen. Auch benutzen wir, wenn die Venen gut sichtbar sind, nicht immer einen Schlauch zum Abbinden, lassen vielmehr vom Patienten selbst oder von einem anderen die Vene durch Umspannen des Armes mit der vollen Faust abklemmen, was bei dünnen Armen recht gut geht. Aber auch wenn man bei der Abschnürung mittels Binde bleibt, geht die Injektion sehr rasch vonstatten. Ich lege Gewicht darauf, wenn die Vene gut getroffen, die Injektion sehr rasch erfolgen zu lassen, da ich gefunden habe, daß Reizungen der Venenwand viel seltener vorkommen, wenn man die Flüssigkeit rasch in die Blutbahn bringt. Bei langsamem Injizieren scheint die konzentrierte Salvarsanlösung in einzelnen Fällen selbst bei kurzer Berührung der Venenwand diese schädigen zu können. Darauf ist es wohl zurückzuführen, daß einzelne Autoren angeben, sie hätten bei der Anwendung konzentrierter Lösungen mittels Spritze auch dann Schädigungen der Venenwand beobachtet, wenn die Spritze absolut richtig lag; hier ist wohl recht langsam injiziert worden, was ich zu vermeiden rate. Inwieweit kalte Lösungen der konzentrierten Art die Venenwand stärker reizen als blutwarme, kann ich nach eigenen Erfahrungen nicht sagen, da ich grundsätzlich kalte verwerfe.

Noch auf einen Punkt möchte ich gegenüber der Empfehlung von SCHUMACHER hinweisen. SCHUMACHER gibt an, die „aus Alkohol genommene Spritze" werde mit dem Leitungswasser gefüllt. Es scheint mir daraus hervorzugehen, daß SCHUMACHER auch auf das Auskochen der Utensilien verzichtet. Inwieweit die Spritze durch Alkohol sterilisiert wird, kann ich nicht sagen, ich lasse die Spritzen in der Klinik nach wie vor nach dem Gebrauch auskochen und ebenfalls vor der Anwendung, wenn die Spritzen längere Zeit gelegen haben. Für die Spritze gebe ich aber die Möglichkeit der hinreichenden Sterilisierung mittels

Digitized by Google

Alkohol ohne weiteres zu und halte sie in dringlichen Fällen für völlig ausreichend. Dagegen warne ich davor, die Kanülen durch Alkoholdesinfektion für hinreichend gesichert anzusehen. Gerade in den Kanülen bleiben auch nach Durchspritzen gern Reste des Blutes zurück, die naturgemäß rasch der Zersetzung anheimfallen. Ob es gelingt, diese Reste durch einfaches Einlegen in Alkohol völlig ungefährlich zu machen, möchte ich nachdrücklichst bezweifeln. Man achte nur mal darauf, wie nach Entfernen des Schutzdrahtes beim ersten Durchspritzen der Kanüle sich selbst bei der scheinbar größten Sauberkeit doch oft mißfarben aussehende Rostteilchen entleeren, auf deren Harmlosigkeit ich mich nicht verlassen möchte. Besonders in einem großen Betriebe darf man die Sorgfalt in bezug auf die Kanülen nicht zu gering anschlagen. Ich fordere daher unter allen Umständen das Auskochen der Kanüle. Dieses gestaltet sich ebenfalls mittels eines Reagensröhrchens so einfach, daß wirklich kein Grund vorliegt, von der sicheren Methode des Auskochens zu der doch mindestens nicht in dem Umfang erprobten der Alkoholdesinfektion abzugehen. Jeder Arzt, der sich mit der Behandlung der Syphilis abgibt, muß im Besitze eines Reagensröhrchens und einer Kochgelegenheit sein. Hat er diese nicht, so soll er die Finger davon lassen. Die Technik der Salvarsananwendung ist seit der Anwendung der konzentrierten Lösungen und der Injektion mittels Rekordspritze eine so einfache und die Bereitung von 10 g sterilen Wassers eine so geringe Mühewaltung, daß wirklich kein Bedürfnis vorliegt, die Technik noch weiter zu „vereinfachen“ durch Maßnahmen, die theoretisch richtig sein mögen, praktisch aber keinen Fortschritt, wohl aber einen Rückschritt bedeuten. Ganz sicher ist in diesem Falle das „Bessere“ (wenn es wirklich besser ist) der Feind des Guten, nämlich des durch vieltausendfache Erfahrung Erprobten. Meine Bedenken gegen eine chemische Sterilisation der Kanülen gründen sich nicht nur auf theoretische Erwägungen. In einem meiner Oberleitung unterstellten Lazarett kamen auffallend viele Infiltrate und Eiterungen an den Injektionsstellen nach Salvarsaninjektionen vor. Als ich der Sache nachging, stellte ich fest, daß die Kanülen in Alkohol aufbewahrt wurden. Ich veranlaßte, dieses Verfahren durch das Auskochen zu ersetzen mit dem Erfolg, daß seitdem Störungen nach der Salvarsaninjektion nicht mehr vorkamen. Es mag das ein Zufall sein, jedenfalls aber gibt die Beobachtung zu denken.

Fasse ich meine Vorschläge zusammen, so komme ich zu dem Schluß, daß ich keinen Grund anerkennen kann, der uns veranlassen könnte, von der bewährten Technik der Salvarsaninjektion abzugehen. Das Neosalvarsan ist nach meinen tausendfältigen Erfahrungen dem

Digitized by Google

Altsalvarsan gleichwertig in der Wirksamkeit. Es ist in seiner Anwendung äußerst bequem; in den Mitteldosen, die ich nicht zu überschreiten rate, soweit es sich um die Tagesdosis handelt, ist es ungefährlich; die Zubereitung der Lösung mit abgekochtem Leitungswasser ist überall bequem durchführbar und sicher. Die Anwendung in konzentrierten Lösungen, mittels Spritze injiziert, ist rasch auszuführen, macht keinerlei Beschwerden bei richtiger Technik und eignet sich sowohl für die klinische als auch für die ambulante Behandlung. Es liegt also kein Grund vor, diese Technik zu verlassen.

Bücherbesprechungen.

Die menschliche Haupthaaranlage, weitere Beobachtungen als Nachtrag zu: Das Haupthaar und seine Bildungsstätte, von Gustav Fritsch-Berlin. 20 Abbildungen. (Berlin 1915, Georg Reimer.) In seinem Hauptwerke: Das Haupthaar und seine Bildungsstätte bei den Rassen des Menschen (Verlag von Georg Reimer, Berlin 1912), gibt uns der Verfasser eine Übersicht der merkwürdigsten Formen der Haupthaaranlage und ihrer Entwicklung als Rassenmerkmale. Eine vorteilhafte Ergänzung und Erweiterung bietet uns Friedenthal in seinem anerkannten Spezialwerke „Das Haarkleid der Menschen". In der uns heute vorliegenden Arbeit berichtet Fritsch über die Anlage des Haupthaares der typischen Buschmänner, wobei es der Verfasser als notwendig erachtet, die typische Bildung gegenüber den Mischformen sicherzustellen, um auch dadurch den Einfluß der Rassenvermischung zu erkennen. Die Buschmänner gehören nicht zu den Nigritiern, den schwärzlich pigmentierten Eingeborenen Afrikas, sondern zu den Koi-Koin, welche fahle, rötlich oder gelblich braune Hautfarbe darbieten. Dieser abweichenden Farbe entspricht auch eine abweichende Haartextur von trockenem, chagrinartigem, in den vorgerückten Jahren zur Faltenbildung neigendem Aussehen. Was die Haarbildung anlangt, fällt vor allem die enge spiralige Drehung des einzelnen Haares auf, die Gruppen der benachbarten Haare schieben sich ineinander, und so entstehen Gebilde der Haartracht, welche kurz gehalten rundliche Büschel, bei längerem Wachstum Zotteln bilden. Die Haarfarbe ist schwärzlich, ohne so reiche Pigmentierung wie bei den Negern. Ein weiterer Unterschied fällt auf durch die in den Wurzeln angelegte starke Krümmung, in der Ausbildung der Hautdrüsen und der Arrektores. Auf dem ersten Bilde zeigt sich die starke, regelmäßige Krümmung des einzelnen Haares, das oberhalb der Austrittsstelle beinahe einen Halbkreis bildet. Sehr merkwürdig scheint die überwiegend starke Ausbildung des tieferen Teiles der Wurzeln und der Papillen, wobei der obere Wurzelteil und die freien Haare nicht sehr stark sind, sich hart anfühlen und nicht wollig sind. Ferner macht der Verfasser die Entdeckung, daß in einzelnen Haaren die Papille oberflächlicher gelagert ist als die Konvexität der Wurzel selbst, was der Verfasser als das charakteristische Zeichen eines unvermischten Buschmannes ansieht. Eine weitere Eigentümlichkeit der Buschmänner findet der Forscher in dem frühen und plötzlichen Unkenntlichwerden der Haarwurzelscheide, so daß das Haar in seinem weiteren Verlaufe nur von der Balgscheide umfaßt erscheint und einen geringeren Durchmesser darbietet. Trotz der trockenen pergamentartigen Busch-

Digitized by Google

mannhaut fällt die starke und kräftige Entwicklung der Talgdrüsen in Schweißdrüsen auf, gegenüber der weniger starken Entwicklung der Arrektores. Wie aus den beigefügten Abbildungen ersichtlich, treten natürlich auch Abweichungen auf, welche aber meistenteils auf Mischlinge hinweisen. Was die Bildung der Haarbündel anlangt, so kann man schon in den Wurzeln das Bestreben zur Bildung dieser eigentümlichen Anordnung erkennen. Hierbei ist auch — wie aus dem beigefügten Bilde ersichtlich — die unzweifelhaft selbständige Ausmündung der Schweißdrüsen zu sehen, welche offenbar die Zwischenräume der Bündel bevorzugen. Interessant sind die Studien über das Mischlingshaar, das als solches in jeder Beziehung zu erkennen ist und das immer für die jeweilige Beimischung charakteristisch ist. Der Verfasser hat uns in diesem Werke — gleichzeitig mit dem Hauptwerke — sehr interessante Studien veröffentlicht, welche der wissenschaftlichen Forschung wert sind. Eine Reihe wertvoller Abbildungen erhöht ganz besonders den Wert dieser Arbeit. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende, von J. Schäffer-Breslau. Mit 87 Abbildungen im Text. (Berlin-W., 1915, Urban & Schwarzenberg.) Ein wertvolles Buch würdig dem Verfasser und seinem Lehrer Albert Neisser, dem es gewidmet ist. Das vorliegende Werk soll dem Studierenden und praktischen Arzte, wie sich Schäffer in seinem Vorwort bescheiden ausdrückt, ein Führer in der Behandlung der nicht ganz einfachen Therapie der Hautkrankheiten sein. Das große Wissen und die reichen Erfahrungen des Verfassers, die in dieser Arbeit in glänzender Disposition zusammengestellt sind, dürften auch dem Spezialisten eine dankbare Unterstützung sein. Gerade die Behandlungstechnik, die leider immer noch nicht, selbst von Fachärzten, bei der Ausführung ihrer Verordnung genügend gewürdigt ist und infolgedessen so manchen Mißerfolg zeitigt, dürfte jedem, der sich mit der Behandlung von Hautkrankheiten beschäftigt, die große Bedeutung für den Heilerfolg vor Augen führen. Und hierauf hat Schäffer einen ganz besonderen Wert gelegt; durch eine größere Anzahl glänzend gelungener photographischer Aufnahmen hat er seine Absicht zu realisieren versucht. Nicht minder wertvoll ist sein Gedanke, den Therapeuten auf das richtige Mittel und seine Wirkungsweise hinzuweisen; so hat der Verfasser es vermieden, seine sich ihm bewährten Behandlungsmethoden zu schematisieren, sondern es ist ihm auf diese Weise geglückt, den behandelnden Arzt nicht nur seinem des Verfassers Denken und Fühlen zu nähern, sondern auch andererseits ihm in seinem therapeutischen Agieren freieren Spielraum zu lassen. Es ist ihm durch diese Zusammenstellung gelungen, dem Arzte den leitenden Gesichtspunkt für die Behandlung, das Grundprinzip klar zu machen, damit er viel leichter den richtigen therapeutischen Weg selbst herausfindet. Das Ganze zerfällt in zwei große Abschnitte: Die Behandlung der Hautkrankheiten und die Behandlung der venerischen Krankheiten. Der erstere wiederum in mehrere kleinere, die zusammengefaßt das α und ω eines jeden Facharztes bedingen: die Technik der Behandlung — die verschiedenen Applikationsmethoden — physikalischen Heilmethoden und schließlich die Behandlung der einzelnen Hautkrankheiten nach einem therapeutischen Programm, die den neuesten Forschungsergebnissen angepaßte Behandlung der venerischen Krankheiten haben die Absicht des Verfassers in glänzendster Weise verwirklicht. Möge das Werk seinem wahren Werte entsprechend gewürdigt werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Häufigkeit der Syphilis bei den Insassen der staatlichen Irrenanstalten, von G. G. Vedder und W. H. Hough-Washington. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 12.) Die von V. und H. ausgeführten Untersuchungen bringen eine weitere Bestätigung der von anderer Seite schon aufgestellten Behauptung, daß die Syphilis bei Geisteskranken viel häufiger vorliegt als im allgemeinen angenommen wird, und daß viele Fälle unerkannt und daher auch unbehandelt bleiben. Verfasser haben seriatim 1283 Insassen der ihnen unterstellten Irrenanstalten serodiagnostisch geprüft. Es handelte sich dabei um 1041 Männer und 83 weibliche Kranke der weißen Rasse sowie um 94 farbige Männer und 65 farbige Frauen. Die Berechnung ergab, daß, nach Ausschluß der als Dementia paralytica und zerebrale Lues diagnostizierten Fälle, etwa 20% der aufgenommenen Männer weißer Rasse luetisch infiziert worden waren; für die farbigen Männer ergab sich sogar ein noch etwas höherer Prozentsatz, während die Zahl der Infektionen für farbige Frauen etwa nur die Hälfte betrug und sich unter den 83 weißen Frauen keine Infektionsfälle nachweisen ließen. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine statistische Studie über Syphilis. Das Verhältnis ihrer Symptome zu späterer Tabes dorsalis und allgemeiner Paralyse, von Charles J. White-Boston. (J. Am. m. Assoc., 8. August 1914.) Aus dem Studium von 1016 Syphilis-, 500 Tabes dorsalis- und 178 Fällen von allgemeiner Paralyse stellt der Verfasser als Resultat folgende Sätze auf: 1. Von unseren Syphilitikern wurden 69% zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre infiziert. 2. Hereditäre Syphilis zeigt bei der Geburt selten Hauteruptionen. 3. Primäraffekte ließen sich in unseren primären und sekundären Fällen nur 58% eruieren; davon waren 9% extragenital. 4. Die klinischen Symptome der Syphilis sind individuell verschieden. 5. Männer neigen mehr zu Leukoplakie, Zerebralsymptomen, Plaques muqueuses, Alopezie, Iritis und Schmerzen, Frauen dagegen zu frühen und späten Hauterscheinungen, Pharyngitis, Kondylomen und Kopfschmerzen. 6. Von den 1016 frischen und alten Syphilitikern bekamen nur 8 Tabes, 7 Männer und 1 Frau, und einer Parese; von diesen 9 Parasyphilitikern hatten nur 3 — weniger als 0,3% — späte Hauteruptionen. 7. Von diesen Patienten kamen 20% nur ein einziges Mal zur Visite, 52% wurden 6 Monate hindurch behandelt, 45% 1 Jahr und 38% 2 Jahre und darüber. 8. Tabes dorsalis befällt Männer und Frauen im Verhältnis von 6:1. 9. Tabes tritt in 76% der Fälle zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre auf. Der jüngste Tabetiker war 21 Jahre alt. 10. Bei 45% von Tabetikern wurde Syphilis konstatiert (Wassermann nicht inbegriffen). 11. Tabes entwickelte sich bei 11% innerhalb von 5 Jahren von der Infektion an gerechnet und bei 61% innerhalb von 15 Jahren. 12. Von 500 Tabetikern hatten nur 3% jemals Spätsyphilide aufzuweisen. 13. Schmerz war das häufigste Frühsymptom der Tabes und die Beine der erste Körperteil, der die Krankheiten vermuten ließ. 14. Allgemeine Paralyse kam bei Männern und Frauen in einem Verhältnis von 10:1 vor. 15. Obgleich die Klasse der Patienten, mit denen wir zu tun hatten, fast zu gleichen Teilen aus Frauen und Einheimischen bestand so waren doch 94% der Paretiker Abkömmlinge von Leuten, die erst kürzlich aus den Britischen Inseln ausgewandert waren. 16. Parese beginnt in 70% zwischen dem 30. und 50. Jahre, aber der jüngste Paretiker war 16 und der älteste 76 Jahre. 17. Bei 30% der Paretiker wurde

Digitized by Google

Syphilis konstatiert oder in unserem Hospital behandelt (WASSERMANN nicht mit eingeschlossen). 18. Der Zeitverlauf zwischen der ursprünglichen syphilitischen Infektion und den ersten paretischen Symptomen betrug 1—30 Jahre. 19. Von den 178 Paretikern hat nur etwas über 1% jemals an Spätsyphiliden gelitten. 20. Den ersten Anteil der Lähmung hatte das Gehirn, den nächsten das Rückenmark. 21. Diese meine Originalüberzeugungen sind auf klinischen Erfahrungen basiert und beruhen auf sehr soliden Tatsachen. F. John-Leipzig.

Die psychische Seite der Syphilis, moderne Syphilislehren und Common Sense, von HERMANN G. KLOTZ-New York. (New York. m. Mschr., Bd. 25, Nr. 10.) Verfasser gelangt bei ausführlicher Besprechung der psychischen Verfassung, die in den verschiedenen Phasen der Krankheit vorkommen kann, und des Einflusses, den die modernen Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilis auf die psychische Seite ausüben können, zu folgenden Schlußfolgerungen, gegen die sich kein Widerspruch erheben dürfte: 1. Syphilis ist geneigt, die Gemütsstimmung des Patienten mehr oder weniger aus dem Gleichgewicht zu bringen. 2. Die Entdeckung der Spirochaeta pallida als infizierendes Agens, die Einführung des Salvarsans in die Therapie und der Serumuntersuchung in die Beurteilung der Krankheit haben die Prognose wesentlich günstiger gestaltet, namentlich mit Rücksicht auf die psychische Seite. 3. Unter dem gegenwärtigen Zustand unserer Kenntnisse macht die negative Serumreaktion unter gewissen Bedingungen die Heilung des Patienten in hohem Grade wahrscheinlich, aber nicht absolut sicher. 4. Unter manchen Umständen, namentlich bei älterer, sogenannter latenter Syphilis kann die Serumuntersuchung leicht mehr Schaden als Nutzen anrichten und sollte ihre Anwendung den Regeln des praktischen Gemeinsinnes unterworfen werden. 5. Dem psychischen Einfluß der Syphilis soll genügend Rechnung getragen werden, namentlich solange noch die geringste Unsicherheit betreffend der definitiven Heilung besteht, und soll sich der Patient nicht allein auf das Laboratorium verlassen, sondern in erster Linie auf den Rat und die Teilnahme des Arztes, der die klinischen Symptome sorgfältig überwacht und das Selbstvertrauen des Patienten zu befestigen versteht.
E. Klemm-Leipzig.

Syphilis und Ehe, von R. LEDERMANN-Berlin. (Krankheiten und Ehe, 2. Aufl. Georg Thieme-Leipzig.) Die nicht zu lösende Frage, wann kann der Syphilitiker heiraten?, behandelt der Verfasser in einer sehr interessanten Arbeit unter dem Titel: Syphilis und Ehe. Für die Frage der Eheschließung gewinnt die Syphilis dadurch eine besondere Bedeutung, daß sie außer durch äußere Ansteckung auch kongenital auf die Nachkommenschaft übertragen werden kann. Es empfiehlt sich deshalb, die Beziehungen der Syphilis zur Ehe nach zwei Gesichtspunkten zu besprechen: welche Bedeutung hat die Syphilis für die Eheschließung, und welche Folgen hat die Syphilis in der Ehe. Es ist erwiesen, daß die Syphilis heilbar ist, und somit darf ein Syphilitiker nach genügender Behandlung, wenn alle Symptome geschwunden, auch heiraten. Verfasser bespricht die einzelnen Phasen der Syphilis, die bei einer Beurteilung über die Heiratsfähigkeit in Betracht kommen, und fordert selbstverständlich eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers mit den modernsten Untersuchungsmethoden. Die Frage, inwieweit der WASSERMANN und die positive Reaktion nach trotz bester Behandlung zur Endentschließung beiträgt, ist sehr schwer zu lösen, zumal positive Reaktion und Infektiosität sich nicht immer decken; im allgemeinen wird man gut behandelten Personen die Zustimmung zur Heirat geben können, wenn 5—6 Jahre nach der Infektion vergangen und mindestens 2—3 Jahre keine Erscheinungen mehr aufgetreten sind und der WASSERMANN sich während dieser Zeit negativ geblieben ist. Bei positiver Reaktion muß natürlich versucht werden, ein negatives Resultat zu erzielen, und wenn es nicht gelingt und die

Digitized by Google

Patienten früher gut behandelt und symptomfrei geblieben sind, so wird man schließlich den Ehekonsens unter Klarlegung des vorhandenen, mehr den Ehewerber als seine zukünftige Familie betreffenden Risikos nicht verweigern. Die größte Gefahr der Syphilis in der Ehe ist die Übertragung der Krankheit auf die Nachkommenschaft, durch direkte Ansteckung der Kinder von einem der beiden Eltern, durch die syphilitische Ansteckung der Frucht und schließlich durch die Infektion der Kinder beim Geburtsakt. Diese Fragen und die Behandlung der Infizierten, das Collessche und Profetasche Gesetz, bespricht der Verfasser in eingehendster Weise. Die Wassermannsche Reaktion in der Säuglingssyphilis und die soziale Seite der kongenitalen Syphilis werden in der lesenswerten Arbeit besonders gewürdigt. W. Chrzelitzer-Posen.

Syphilis und Findelanstalt, von Gustav Riether. (W. m. W., 1914, Nr. 3.) In seinem Vortrage beim 17. internat. med. Kongresse hatte Finger betont, daß in Findelhäusern meist nur eine ungenügende Untersuchung des Säuglings stattfinde, so daß durch syphilitische Kinder leicht Infektionen entstehen könnten. Riether weist nun darauf hin, daß in der n.ö. Landesfindelanstalt in Wien die Säuglinge sorgfältigst, auch serologisch, untersucht würden, und daß alle Maßregeln getroffen sind, um eine Weiterverbreitung der Syphilis durch Kinder zu verhindern. Für diese Anstalt trifft also der Vorwurf Fingers nicht zu. R. Frühwald-Leipzig.

Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues, von J. Trinchese. (D. m. W., 1915, Nr. 19.) T. kommt in seiner sehr wertvollen Arbeit auf Grund eigener Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: eine Immunisierung der Mutter vom Fötus und im Sinne des Collesschen Gesetzes ist unmöglich, weil eine paterne Übertragung der Lues nicht vorkommt und weil der Fötus selbst keine immunisierenden Stoffe erzeugt. Das Profetasche Gesetz, d. h. eine Immunisierung des Fötus von der Mutter aus, kommt nicht vor, weil die Plazentarwand für die Reaktionsstoffe des mütterlichen Organismus nicht durchlässig ist. Je früher der Fötus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis, die innerhalb sechs Wochen zum Tode des Fötus führt. Bis gegen den achten Monat hin bildet der Fötus keine Reagine, d. h. sein Blut reagiert negativ, trotz positiver Reaktion der Mutter und massenhafter Spirochätenansammlung in allen seinen Geweben. In den letzten Monaten der Schwangerschaft fängt der Fötus an, sich gegen das Syphilisgift zur Wehr zu setzen, schwache und inkonstante Reagine zu bilden, d. h. positiv nach Wassermann zu reagieren. Erfolgt die Infektion des Kindes in den letzten Wochen vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome vollkommen fehlen, als auch die WR negativ sein, da die Inkubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist. Das sind die früher als „immun" betrachteten Kinder; sie geben das Material zu den „spät"-syphilitischen Kindern ab. Wenn es auch vorkommt, daß latentluetische, vielleicht sogar floridluetische Mütter gesunde Kinder gebären, so ist weder das Fehlen luetischer Erscheinungen, noch eine negative WR bei der Geburt ein sicherer Beweis dafür, daß das Kind tatsächlich gesund ist. Es ergeben sich bei der Geburt des Kindes einer syphilitischen Mutter folgende Möglichkeiten: 1. das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat negative WR. 2. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat positive WR. 3. Das Kind hat klinisch Syphilis und positive WR. 4. Das Kind hat klinisch Syphilis und negative WR. In der angegebenen Reihenfolge werden diese Möglichkeiten für die Prognose des Lebens des Kindes immer ungünstiger, so daß die vierte Möglichkeit meistens den Tod des Kindes bedeutet. E. Brinitzer-Altona.

Gibt es eine paterne Vererbung der Syphilis? von Franz Bruck. (D. m. W., 1914, Nr. 24.) Die positiven Impfresultate mit Sperma Syphilitischer bei Affen und Kaninchen wären für eine paterne Vererbung erst dann beweisend, wenn es gelänge,

Digitized by Google

mit isolierten Spermatozoen Syphilitische zu impfen. B. hält bis dahin daran fest, daß die Syphilis nur indirekt, durch Infektion der Mutter, das Kind syphilitisch macht. Die Syphilis der Neugeborenen wäre danach als kongenital, nicht aber als hereditär zu bezeichnen. E. Brinitzer-Altona.

Gibt es eine paterne Vererbung der Syphilis? von Fritz Lesser. (D. m. W., 1914, Nr. 29.) Man kann bei Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis, Lepra usw.) nicht von paterner und materner Vererbung, sondern nur von paterner (spermatischer) oder materner (plazentarer) Infektion der Frucht sprechen und somit auch nicht von ererbter (hereditärer), sondern nur von angeborener (kongenitaler) Syphilis sprechen. Die Frage dreht sich heute lediglich nur darum, ob die Spirochäten enthaltende Samenflüssigkeit zuerst die Frucht syphilitisch infiziert und die Syphilis dann von der Frucht auf die Mutter übergeht, oder ob die Spermaflüssigkeit zuerst die Mutter syphilitisch infiziert und erst sekundär die Syphilis von der Mutter auf die Frucht übergeht. Diese Frage ist zurzeit noch unentschieden. E. Brinitzer-Altona.

Noch einmal zur Frage der paternen Vererbung der Syphilis, von Franz Bruck. (D. m. W., 1914, Nr. 33.) B. ist der Meinung, daß Lesser für seine Behauptung, eine paterne direkte Infektion der Frucht sei möglich, den wissenschaftlichen Beweis zu erbringen hätte. Er (Bruck) brauche den Gegenbeweis nicht zu führen. E. Brinitzer-Altona.

Trauma und chronische Infektionskrankheiten, von Emil Schepelmann-Bochum. (M. Kl., 1915, Nr. 18.) In der vorliegenden Arbeit bespricht Schepelmann auch die Einwirkung, die ein Trauma auf Syphilitiker haben kann, und kommt zu dem Schluß, daß die Syphilis gelegentlich wohl die Ursache von lokalen Erkrankungen, die im Anschluß an ein Trauma zur Auslösung kommen, sein könne. Doch ist der Zusammenhang oft schwer nachweisbar. Es ist sehr wohl denkbar, daß bei konstitutioneller Syphilis Blutergüsse oder stark gequetschte Gewebe von den im Blute kreisenden Spirochäten infiziert werden können und es dann zu gummösen Wucherungen, sei es in den Weichteilen, sei es in den Knochen, kommt. Doch nimmt der Verfasser das nur an für diejenigen Fälle, in denen der Intervall zwischen Trauma und Sichtbarwerden des Gummas höchstens 4—6 Wochen beträgt. Dagegen schaltet er die Fälle von Gummen und Spontanfrakturen aus, welche die Folgen einer spontanen allgemeinen Brüchigkeit — einer Art toxischer Malacie — sind. Auch über den Zusammenhang zwischen Traumen und Unterschenkelgeschwüren bei Syphilitikern gibt der Verfasser eine kurze Abhandlung. O. Lasch-Breslau.

Syphilis und Tuberkulose, von H. Sundt. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915.) Verfasser erwähnt den Gebrauch systematischer Tuberkulinreaktionen, der mehrere Jahre hindurch am Küstenhospital für skrofulöse Kinder gemacht worden ist, und der dargetan hat, daß eine verhältnismäßig große Anzahl der eingelegten Patienten überhaupt nicht tuberkulös infiziert gewesen ist, oder — wenn dies doch der Zufall war — daß die klinischen Symptome, die das Einlegen ins Hospital bewirkt haben, nicht tuberkulöser Natur gewesen sind. Was die Hüftgelenksleiden anbelangt, so erwähnt Verfasser, daß von 40 Fällen im Dreijahr Juli 1911—Juli 1914 11 — d. h. 27,5 % — nicht tuberkulös infiziert waren, und was das Kniegelenk anbelangt 29 Fälle, wovon 6 nicht tuberkulös waren, d. h. 20,7 %. Während die Ätiologie der nicht-tuberkulösen Hüftgelenksleiden dunkel erscheint — Verfasser geht auch auf die Kalvé-Perthessche Krankheit ein —, spielt bei den nicht-tuberkulösen Kniegelenksleiden die Syphilis eine hervorragende Rolle. Von den erwähnten 6 nicht-tuberkulösen Gonitiden waren 4 luetischer Natur und gaben positive WR. Ein immer zunehmender Gebrauch dieser spezifischen Reaktion mit Tuberkulinproben zusammen hat gezeigt, daß ein nicht unerheblicher Teil der

Digitized by Google

Hospitalskranken luetisch infiziert war, und daß die Symptome, die das Einlegen ins Hospital bewirkt haben, von Syphilis und nicht von Tuberkulose herstammten, auch wenn gleichzeitig eine tuberkulöse Infektion vorliegt. Die syphilitischen Formen, die man bei den Kranken, die ein Hospital für skrofulo-tuberkulöse Kinder aufsuchen, findet, sind die tertiären oder wohl überwiegend am häufigsten die tardiven Formen der kongenitalen Syphilis. Man sieht z. B. syphilitische Symptome, sowohl einen typischen Tumor albus, eine ulzerierende Haut- oder Schleimhauttuberkulose, welche das klinische Bild einer klassischen Skrofulose vortäuscht. Dieses Auftreten latenter Syphilis im Kindesalter, welches eine Skrofulose und Tuberkulose in deren verschiedenen Formen vortäuscht, ist natürlich von der größten Bedeutung. Und auf den Erfahrungen im Küstenhospital fußend, plädiert Verfasser für einen mehr ausgebreiteten Gebrauch der verschiedenen Methoden zur Sicherung der Diagnose, speziell systematisch durchgeführte Tuberkulin- und WR. Er teilt mehrere ganz charakteristische und interessante Krankengeschichten mit, die die Forderung des Verfassers bestärken. W. Holland-Kristiania.

Der Gehalt des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren bei syphilitischen und nicht-syphilitischen Individuen, von A. W. M. Ellis, G. E. Cullen und D. D. van Slyke-New York. (J. Am. m. Assoc., 9. Januar 1915.) Von anderer Seite (Kaplan, McClelland) sind Beobachtungen publiziert worden, aus denen sich zu ergeben schien, daß bei Luetikern der Gehalt des Blutes an Aminostickstoff erheblich geringer ist als bei nicht-syphilitischen Individuen; die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit hatte aber keine konstanten Verhältnisse geliefert. Dahingegen teilen Verfasser die Ergebnisse ihrer Blutuntersuchungen bei 39 Patienten, von denen 15 auch in bezug auf die Zerebrospinalflüssigkeit untersucht wurden, mit und kommen zu dem Schlusse, daß die Aminosäuren durchaus kein konstantes und etwa für Lues charakteristisches Verhalten zeigen, sondern sogar bei einem und demselben Individuum, ob syphilitisch oder nicht, sehr beträchtliche zeitliche Schwankungen aufweisen. A. Philippi-Salzschlirf.

Syphilitische Infektion bei Familienmitgliedern von Paralytikern, von R. H. Haskell-Ann Arbor. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 11.) Es ist schon von anderer Seite darauf hingewiesen worden, daß jeder Fall von Dementia paralytica auf das Vorhandensein von weiteren Erkrankungen, sei es bei der Gattin, sei es bei der Nachkommenschaft des betreffenden Paralytikers, schließen läßt. Verfasser hat nach dieser Richtung weitere Nachforschungen bei einem Material von 55 verheirateten Kranken mit ausgesprochener Paralyse im staatlichen Irrenhaus ausgeführt. Bei 17 der Ehefrauen war die WR positiv, und eine negativ reagierende Frau gab an, einen Lippenschanker und weitere Läsionen gehabt und eine energische antisyphilitische Behandlung durchgemacht zu haben. In einem bedenklich hohen Prozentsatz der infizierten Ehefrauen war jegliche Behandlung unterblieben. Ferner wurde konstatiert, daß bei vorhandener Lues 32,5% der Ehen steril blieben, während 12,7% solcher Ehen mit wiederholten Aborten einhergingen und von 123 lebend geborenen Kindern 20 vor Erreichung des elften Lebensjahres starben. A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Dr. Karl Targe, stellvertretender Leiter der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B., hat den Hofratstitel erhalten!

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. November 1915 | Nr. 46 | Band 61

Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten, Hohlstraße 82 in Zürich.

Über zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie.

Von

Priv.-Doz. Dr. Tièche.

Publikationen über syphilitische Reinfektionen sind seit der Salvarsanära außerordentlich zahlreich geworden. Man muß folglich annehmen, daß die latenten Giftherde (Neisser), die jedenfalls die sekundäre und tertiäre Umstimmung erzeugen, seltener geworden sind. Das bedeutet schließlich nichts anderes, als daß unsere Therapie eine bessere geworden ist und die Sterilisation öfter gelingt wie bisher.

In theoretischer Beziehung hat die Allergielehre (veränderte Reaktion des Organismus gegen jeden Stoff, der demselben ein oder mehrmals einverleibt wurde), wie auch die experimentellen Arbeiten (Finger, Landsteiner, Ehrmann usw.) unsere Anschauungen über die Reinfektion bei sekundärer und tertiärer Umstimmung ganz wesentlich bereichert. Näheres (auch Literatur) bei Jadassohn, Syphilidologische Beiträge. Festschrift für Neisser. Arch. f. Derm., 1907.

Wir wissen, daß eine Reinfektion in der 1. und 2. Inkubationszeit je leichter gelingt, je mehr sie mit der 1. Infektion zusammenfällt (Superinfektion), und je schwerer haftet und undeutlicher wird, je mehr man sich der sekundären Periode nähert. Ist einmal die sekundäre Umstimmung eingetreten — die sich durch geringe Reaktion auf Reinfektion charakterisiert — wird ein eigentlicher primärer Schanker nicht mehr beobachtet. In der Periode der tertiären Umstimmung stößt syphilitisches Virus entweder auf völlige, lokale Anergie, oder es zeigt sich auch Überempfindlichkeit (kräftige, rein toxische Reaktion, oder ein primärer Schanker, der sich ulzeriert oder gummös umwandelt usw.). Je nachdem die Umstimmung nur regionär oder auch allgemein in Rückbildung begriffen ist, kann der Gesamtorganismus auch an der Neuinfektion sich beteiligen. So kann es zur Ausbildung von Mischexanthemen kommen, wo sekundäre und tertiäre Erscheinungen gleichzeitig beobachtet werden, je nach dem Grad der noch bestehenden oder schon verschwundenen Umstimmung.

Digitized by Google

Da v. Veress, Friboes[1]) usw. die Fälle von Reinfektion nach Salvarsantherapie als echte Reinfektionen bezweifeln und glauben, es handle sich um Gebilde, auf die zuerst Thalmann[1]) (Solitär-Sekundäraffekt), dann Bettmann Pseudoreinfektion aufmerksam gemacht haben, so lohnt sich die Besprechung von zwei Krankengeschichten über diese therapeutisch sowohl wie praktisch wichtige Frage.

Fall I. Der 40jährige G. B. aus Altstetten bei Zürich kommt am 27. Februar mit einer typischen Initialsklerose im Sulkus in meine Behandlung. Sp. pallidae in großer Zahl vorhanden, regionäre Lymphdrüsenschwellung im Entstehen begriffen.

Er wird mit steigenden Dosen Neosalvarsan behandelt. In 8 Wochen 3,5 g Neosalvarsan und 0,75 g Hydragyrum salicyl. Das Salvarsan wird gut ertragen, das Hg hingegen erzeugt häufig allgemeines Unwohlsein, Brechreiz und Temperatursteigerung. Die Hg-Kur mußte daher wiederholt unterbrochen werden. Am 19. VI. kommt Patient wieder in Behandlung mit einer leichten Erosion auf der Zunge, wie man sie nach herpetischen Eruptionen häufig beobachten kann. Er klagt über eigenartige Schmerzen in der Zungenwurzel und scheint stark beunruhigt zu sein. Schon 3 Tage später hat sich die Affektion in eine bohnengroße, rundliche Plaque umgewandelt von blaurötlicher Farbe und derber Konsistenz. Im Abstrich keine sicheren Pallidae.

Am 23. VI. neuer Abstrich von dem Rande der inzwischen im Sinne einer Primärsklerose absolut charakteristisch gewordenen Affektion — deutliche Reaktion der Lymphdrüsen — ergibt typische Pallidae. — Die Wassermannsche Reaktion negativ.

Patient negiert jeglichen außerehelichen Geschlechtsverkehr, weigert sich aber aufs bestimmteste, seine Frau zur Untersuchung zu stellen, da dies unnötig!

Therapie: kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung. Unter dieser Therapie rasche Abheilung der Symptome.

Fall II. Der 25jährige Lokomotivheizer E. D. ist nie krank oder venerisch infiziert gewesen. Er hatte vor 5 Wochen einen suspekten Geschlechtsverkehr und weist seit 8 Tagen Veränderungen an den Genitalien auf. Drei deutliche Verhärtungen am Rande des Präputiums, ferner einen typischen Primäraffekt etwa in der Mitte der Penishaut mit Abklatsch auf dem Skrotum. In zwei Erosionen Spir. pallidae +++. Gegen diese Affektion wird Patient energisch (Wassermannsche Reaktion neg.) antisyphilitisch behandelt. Er erhält in ca. 10 Wochen 1,15 Hg. salicyl. intraglutäal und 3,5 g Neosalvarsan in steigenden Dosen intravenös injiziert. Die Sklerosen wurden ferner ausgedehnt kauterisiert und mit Jodtinktur kräftig nachbehandelt. Heilung der Symptome in der vierten Woche. — 24. IV. letzte Hg-Injektion.

Am 11. Mai kommt Patient in die Poliklinik und verlangt noch einige Hg-Injektionen, um auch ganz sicher geheilt zu sein. Er erhält 0,1 Hg. salicyl. intraglutäal injiziert.

Am 16. Mai stellte er sich wieder mit einer Affektion von verdächtigem Aussehen zur Behandlung ein. Die rechte Oberlippe ist stark geschwollen, auf Druck etwas schmerzhaft. Beim Umstülpen der Lippe zeigt sich auf dem Lippenrot eine etwa centimestückgroße, erhabene papulöse Infiltration von auffallender Härte, deren Zentrum leicht schmierig belegt ist. Die regionären Lymphdrüsen sind deutlich vergrößert. Die wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergibt einwandsfreie Pallidae,

[1]) M. m. W., 1907, Nr. 13. — D. m. W., 1911, Nr. 10, S. 544. — Literatur in der Arbeit v. Veress, Mh., 1912, Nr. 1 u. 2.

Digitized by Google

keine Spieße, keine anderen Spirillen. In den nächsten Tagen kommt der Primäraffekt klinisch noch deutlicher zur Ausbildung. Wassermann negativ.

Nach Feststellung der Diagnose wird zur energischen Kur geschritten und P. einer neuen abortiven Behandlung von ähnlicher Intensität wie die erste unterzogen. In etwa 14 Tagen ist Prozeß fast ganz zurückgebildet.

P. gibt an, während der ersten Behandlung wieder Geschlechtsverkehr mit der Frau gehabt zu haben, von der die erste Infektion herstammte. In beiden Fällen traten also das eine Mal direkt nach der Behandlung, das zweite Mal nach ca. 2 Monaten Affektionen im Munde des „abortiv" behandelten Patienten auf, welche klinisch sich vollkommen wie Primäraffekte präsentierten und wieder zu regionärer Lymphdrüsenschwellung führten bei negativer Wassermannscher Reaktion.

Wir können also konstatieren, daß jedenfalls die sekundäre Umstimmung des Organismus ausgeblieben ist, denn sonst wäre es, nach dem in der Einleitung festgestellten Tatsachenmaterial, nicht zu neuen Gebilden gekommen, die klinisch vollkommen sich wie Primärsklerosen präsentierten und verhielten.

Zwei Möglichkeiten — die leider nicht leicht voneinander abzugrenzen sind — können hier nun vorliegen.

1. Die Krankheit ist zur Abheilung gekommen, Patienten haben sich neu infiziert, und es beginnt eine neue Infektion, die mit der alten nichts zu tun hat, d. h. die Krankheit ist mit vollem Erfolg abortiv behandelt worden.

2. Es mißlang die vollkommene Sterilisation, weil einige Spirochäten nicht abgetötet wurden und im Körper zurückblieben (Lippe, Zunge), weil aber die Therapie den Eintritt der immunisatorischen Prozesse (sekundäre Umstimmung) störte oder ganz verhinderte, reagieren die Orte der Rezidive gleich wie bei Erstinfizierten, es kommt zur Bildung von indurierten Stellen, d. h. zu Pseudoreinfektionen.

Im Falle I wird die Möglichkeit einer Reinfektion aufs bestimmteste bestritten. Da Primärsklerosen in der Mundregion in Zürich selten zur Beobachtung kommen, ist es immerhin etwas auffallend, daß gerade bei den zwei einzigen Fällen von eventueller Reinfektion, die ich hier in Zürich beobachtet habe, die Initialsklerose sich in der Mundhöhle lokalisierte. Man muß bei objektiver Beurteilung der Sachlage folglich zugeben, daß ein Rezidiv im Sinne einer Pseudoreinfektion nicht vollkommen ausgeschlossen werden darf.

Im zweiten Falle hat der Patient sich am 25. April wieder der Infektion ausgesetzt, nachdem er am 24. die letzte Dosis Hg. salicyl. 0,1 erhalten hatte. Am 10. Mai sollte auf seinen speziellen Wunsch eine neue Kur begonnen werden, und Patient erhielt die Dosis 0,1 Hg. salicyl. injiziert. Schon am 16. aber stellte er sich mit einer verdächtigen Lippenaffektion ein. Da Rezidive im allgemeinen leichter durch thera-

Digitized by Google

peutische Maßnahmen unterdrückt werden wie Primärsklerosen, spricht dies Verhalten der Affektion ganz entschieden für eine Neuinfektion. In diesem Falle, der auch erheblich größere Mengen Hg. salicyl. injiziert erhielt, ist folglich eine Pseudoreinfektion unwahrscheinlicher wie im Falle I.

Da mit Sicherheit sich wohl nur ganz ausnahmsweise solche Rezidive von Neuinfektionen unterscheiden lassen, wird man, vom therapeutischen Standpunkte aus betrachtet, alles tun, um dieser Eventualität vorzubeugen. Folglich sind außerordentlich kräftige Neosalvarsankuren (6,0—7,0) in ca. 10 Wochen, Kalomelinjektionen und ganz besonders auch intraglutäale Salvarsandepotinjektionen wohl ratsamer wie diese mittelstarken Kuren von 3,2—3,5 g Neosalvarsan- und 6—10 Hg. salicyl.-Injektionen.

Bei solch intensiver Therapie habe ich nie Rezidive, allerdings aber bis jetzt auch keine Reinfektionen gesehen.

Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken.

Von

Josef Schumacher, Berlin.

(Schluß.)

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Pyrogallolkarbonsäure.

Da die Gallussäure relativ schwer in Wasser löslich ist, führt man sie teilweise in das Natriumsalz über. Es wurden zu diesem Zweck jeweils 20 Tropfen einer 15%igen NaOH-Lösung zu der Gallussäure 1:100 (1%), 1:33 (3%), 1:20 (5%) gegeben. Die Lösungen reagierten noch schwach sauer.

Wurden die Präparate vor der RW-Färbung 15 Minuten in diese Lösungen gestellt, so war das RW-Bild in allen drei Fällen abgeblaßt, je nach der verwendeten Konzentration stärker oder schwächer. In allen drei Präparaten waren die Gonokokken nur schwer aufzufinden, da sie nicht stärker als die Leukozytenkerne gefärbt waren. Wirkte die 1%ige Lösung vorher 30 Minuten lang ein, so waren die Gonokokken äußerst schwer aufzufinden, da sie blasser tingiert waren als die Kerne der Leukozyten. In den entsprechenden Präparaten der 3- und 5%igen Lösung waren sie bei langem Suchen eben noch als angedeutet hellblau gefärbte Gebilde zu sehen, im Gegensatz zu den noch relativ stark gefärbten Leukozytenkernen. Das Protoplasma der Zellen färbt sich auch hier wie beim Pyrogallol schon bald gar nicht mehr.

Digitized by Google

Die Pyrogallolkarbonsäure vermag daher den Gonokokken den allergrößten Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen und beeinflußt die Gonokokken erheblich stärker als die Leukozytenkerne.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch p-Aminophenol.

Stark reduziert auch p-Aminophenol. Stellt man sich eine konzentrierte Lösung von p-Aminophenol her, indem man 1 g in 100 ccm Wasser löst, wovon ein kleiner Teil ungelöst am Boden zurückbleibt, und läßt diese Lösung auf das Präparat einwirken, so ist eine relativ starke Beeinflussung des RW-Bildes erkennbar. Stand das Präparat längere Zeit in der Lösung, so erkennt man mikroskopisch kleine, auf dem Präparat liegende Kriställchen von p-Aminophenol, die aber das RW-Bild weiter nicht stören. Ein Zusatz von 5 Tropfen Salzsäure auf 100 ccm der p-Aminophenollösung bewirkt eine starke Beeinflussung des RW-Bildes. Hier ist der starke Einfluß auf das entstandene salzsaure p-Aminophenol zurückzuführen, das in Wasser leicht löslich ist. Die dadurch entstehenden höheren Konzentrationen von p-Aminophenol müssen naturgemäß auch stärker reduzieren. Auch ein Zusatz von 3 Tropfen Kalilauge zu obiger p-Aminophenollösung bewirkt eine stärkere Beeinflussung des RW-Bildes, so daß dieses nach einer Einwirkungszeit von einer Stunde praktisch verschwunden ist. Kerne und Gonokokken sind nur noch als schwach grau gefärbte Gebilde wahrnehmbar.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Salvarsan.

Behandelt man einen Gonorrhoe-Eiterausstrich 5 Minuten lang mit einer 1 %igen Salvarsannatriumlösung[1]) vor und färbt dann mit RW, so findet man die Leukozytenkerne abgeblaßt und die Gonokokken noch sehr viel blasser als diese gefärbt. Sie werden also erheblich stärker geschädigt als die Leukozytenkerne, was ich auf ihre größere chemische Affinität zu dem Salvarsan zurückführe, worauf ich noch zurückkomme. Das Protoplasma der Leukozyten ist gar nicht mehr gefärbt. Das mit einer 3 %igen Salvarsannatriumlösung vorbehandelte Präparat bietet ungefähr dieselben Verhältnisse wie bei der Vorbehandlung mit 1 %iger Lösung. Wirkten die Salvarsanlösungen 15 Minuten lang ein, so waren die Kerne der Leukozyten noch erkennbar blau gefärbt, die Gonokokken aber nur mehr ganz blaßblau gefärbt, kaum zu erkennen. Stellenweise haben sich die Leukozyten ebenfalls überhaupt nicht mehr gefärbt und erscheinen als graue Gebilde. Wirkten die Salvarsanlösungen eine Stunde ein, so war ein erheblicher Unterschied in der Abnahme der blauen

[1]) Je 0.15 g Salvarsannatrium ist seiner starken Alkaleszenz wegen mit 30 Tropfen $^1/_{10}$ n-Salzsäure zu neutralisieren, anderenfalls die Zellen aufgelöst werden.

Digitized by Google

Farbe gegenüber den nur 15 Minuten lang behandelten Präparaten nicht zu erkennen.

Das Salvarsan erweist sich auch hier wieder als das stärkste Reduktionsmittel, worauf Tryb[1]) und ich[2]) bereits früher hingewiesen haben.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch kolloidalen Schwefel.

Behandelt man ein Gonorrhoe-Eiterpräparat vor der Färbung mit RW 5 Minuten lang mit einer 2%igen Lösung[3]) von kolloidalem Schwefel, so blaßt das RW-Bild unbedeutend ab. Bei Vorbehandlung mit einer 5%igen Lösung ist die Abblassung erheblich stärker. Die Leukozytenkerne färben sich nur sehr schwach, die Gonokokken aber heben sich als leuchtend blaue Punkte ab. Bei Vorbehandlung mit 10%iger Suspension von kolloidalem Schwefel ist die Abblassung des RW-Bildes erheblich. Die Leukozytenzelle färbt sich nur noch diffus schwach hellblau, ohne daß die Kerne sehr deutlich hervortreten, die Gonokokken behaupten aber auch hier ihr volles Färbungsvermögen. Erstreckt sich die Vorbehandlung mit der 2%igen Lösung auf eine Viertelstunde, so sind die Leukozyten auch hier nur sehr schwach tingiert, die Gonokokken als tiefblaue Pünktchen aber immer wieder leicht auffindbar. Nicht wesentlich anders ist das Bild bei 15 Minuten langer Vorbehandlung mit der 5- und 10%igen Lösung. Erst wenn die 5- und 10%ige Suspension ½ Stunde lang eingewirkt hat, blassen die Gonokokken ein wenig ab.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch schweflige Säure und deren Natriumsalz.

Läßt man eine konzentrierte, eben frisch bereitete Lösung von schwefliger Säure auf einen Gonorrhoe-Eiterausstrich einwirken und färbt dann mit RW, so ist nach einer Einwirkungsdauer von 5 Minuten noch keine wesentliche Änderung an dem RW-Bild aufgetreten. Auch nach 15 Minuten langer Vorbehandlung sind die Kerne und Gonokokken noch gut gefärbt. Erst wenn die schweflige Säure eine Stunde lang einwirkte, blaßt das RW-Bild erkennbar ab. Die Kerne der Leukozyten färben sich blasser, ebenso die Gonokokken, die sich aber immer noch durch intensivere blaue Farbe abheben.

Wirkt eine 1- oder 3%ige Lösung von Natriumsulfit 15 Minuten lang auf die Präparate vor der RW-Färbung ein, so war eine wesentliche Veränderung des RW-Bildes nicht zu konstatieren. Es schien lediglich etwas abgeblaßt. Wurde aber ein Präparat 15 Minuten lang mit einer 5%igen Natriumsulfitlösung vorbehandelt, so waren die Kerne der Leuko-

[1]) Mh. f. pr. Derm., 1911, Bd. 52. — [2]) Derm. W., 1915, Bd. 60. — [3]) Die teilweise eine Suspension ist.

Digitized by Google

zyten als solche nicht mehr zu erkennen, dieselben nur noch diffus hellblau gefärbt, die Gonokokken hoben sich aber noch sehr gut durch ihre intensiv blaue Farbe ab. Wirkten die Lösungen des Natriumsulfits eine halbe Stunde vorher ein, so waren alle Elemente des RW-Bildes weiterhin abgeblaßt.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Natriumbisulfit.

Behandelt man die Präparate mit einer 1,3- oder 5%igen Lösung von Natriumbisulfit 15 Minuten lang vor und färbt dann mit RW nach, so sind die Kerne der Leukozyten fast nicht mehr gefärbt, die Zellen erscheinen in einem ganz mattblauen Ton diffus gefärbt, und die Gonokokken heben sich so stark durch ihre blaue Farbe auch bei 30 Minuten langer Vorbehandlung ab, daß eigentlich nur sie im ganzen Präparat gefärbt erscheinen. In einzelnen Leukozyten sind einige Stellen ebenso blau tingiert wie die Gonokokken.

Die Beinflussung des RW-Bildes durch Eikonogen (Amidonaphtholmonosulfosäure) und Glyzin (Oxyphenylamidoessigsäure[1]).

Wird ein Gonorrhoe-Eiterausstrich 15 Minuten lang mit einer 1%igen wäßrigen Eikonogenlösung vorbehandelt, so blaßt das RW-Bild etwas ab. Wirkt die 3%ige Lösung aber 15 Minuten ein, so ist die eintretende Abblassung erheblich stärker und werden alle Elemente von ihr betroffen. Das Protoplasma ist gar nicht gefärbt, die Leukozytenkerne schwachblau und die Gonokokken sind ebenfalls nur schwachblau gefärbt in dem Tone der Leukozytenkerne, teilweise sogar noch schwächer. Sie sind also relativ stärker beeinflußt worden als die Leukozyten. Wirkte die 3%ige Lösung aber $^1/_2$ Stunde lang ein, so blaßt das RW-Bild weiter ab. Die Leukozytenkerne färben sich nicht mehr, die Gonokokken heben sich aber noch als dunkler gefärbte Gebilde hervor.

Die Wirkung des Glyzins auf das RW-Bild ist dieselbe wie beim Eikonogen. Die Gonokokken behalten auch hierbei sehr lange ihr Färbungsvermögen. Zu beachten ist, da Glyzin nicht wasserlöslich ist, daß man nicht zu viel Natronlauge zugibt, da eine zu starke alkalische Reaktion die Zellen schädigt.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Ferrosulfat.

Behandelt man einen Gonorrhoe-Eiterausstrich 30 Minuten lang mit einer 1%igen Lösung von Ferrosulfat vor, so ist eine nennenswerte Änderung gegenüber dem nicht vorbehandelten RW-Präparat nicht zu

[1]) Diese Substanzen dienen bekanntlich in der Photographie als Entwickler.

Digitized by Google

konstatieren. Wirkte aber ebensolange eine 3 %ige Lösung ein, so ist das RW-Bild abgeblaßt, am deutlichsten die Kerne, aber auch die Gonokokken scheinen sich etwas weniger intensiv gefärbt zu haben, wenn sie auch noch stärker gebläut sind als die Leukozytenkerne. Das mit 5 %igem Ferrosulfat vorbehandelte Präparat bietet folgendes Bild: die Kerne der Leukozyten sind nicht mehr gefärbt, die ganze Zelle hat einen diffusen, mattblauen Ton angenommen, und die Gonokokken sind durch ihre noch stark blaue Farbe leicht auffindbar.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Oxalsäure.

Werden die Präparate vor der RW-Färbung mit einer 1,3- oder 5 %igen Oxalsäurelösung vorbehandelt, so bietet das RW-Bild keine wesentlichen Veränderungen. Alle Elemente des RW-Bildes sind nun ein wenig blasser als das nicht vorbehandelte Präparat, die Gonokokken färben sich aber auch nach Vorbehandlung mit der 5 %igen Lösung noch intensiv blau.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Rongalit.

Ebenso wie Oxalsäure ist die Wirkung der Rongalitlösungen auf das Zustandekommen des RW-Bildes eine geringe. Erst wenn die 3- und 5 %ige Lösung ½ Stunde lang eingewirkt hat, blassen die Leukozytenkerne und Gonokokken etwas ab.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Phenylhydrazin.

Stark reduzierend wirkt auch das Phenylhydrazin, das aber für medizinische Zwecke völlig ausscheiden muß, da es schon in dünnen Konzentrationen äußerst stark reizt und leicht Intoxikationen verursacht. Läßt man vor der RW-Färbung 5 Minuten lang eine 1,3- und 5 %ige wäßrige Lösung von Phenylhydrazin auf die Präparate einwirken, so sind die Leukozytenkerne in den mit 3- und 5 %iger Lösung vorbehandelten Präparaten stark abgeblaßt, die Gonokokken aber noch als stark blau gefärbte Pünktchen erkennbar. Wirkten die Phenylhydrazinlösungen 15 Minuten lang ein, so färbten sich die Leukozytenkerne überhaupt nicht mehr, die Zellen waren ganz blaßblau, schwer wahrnehmbar tingiert, und die Gonokokken dominieren auch hier durch ihre blaue Farbe, die jedoch etwas von ihrer Intensität eingebüßt hat. Wirkten die Phenylhydrazinlösungen ½ Stunde vor der RW-Färbung ein, so hatte auch die blaue Farbe der Gonokokken an Intensität weiter verloren bei der Vorbehandlung mit der 3- und 5 %igen Lösung.

Das Phenylhydrazin ist nach diesen Untersuchungen imstande, den Gonokokken einen großen Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen.

Digitized by Google

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Metallsalze.

Wurde ein Gonorrhoe-Eiterausstrich mit einer 1 %igen Lösung von Silbernitrat oder eines organischen Silberpräparates, beispielsweise mit einer 1 %igen Albarginlösung, 2 Minuten lang behandelt und darauf mit Wasser abgespült, so wurde das Präparat beim Aufgießen der RW-Lösung momentan blau. Dieselbe Erscheinung beobachtete man auch, wenn das Präparat vorher mit anderen Metallsalzen vorbehandelt war, beispielsweise auch mit dem reduzierenden Ferrosulfat. Wurde das Präparat vor der RW-Färbung mit 1 %iger Sublimatlösung vorbehandelt, so entstand auch hier das RW-Bild rascher als in gewöhnlichen Präparaten. Auch hierbei hoben sich die Gonokokken als stark blau gefärbte Gebilde ab. Den Metallen scheint daher ein katalytischer Einfluß auf das Entstehen des RW-Bildes zuzukommen. In dem mit einer 1 %igen Albarginlösung 5 Minuten lang vorbehandelten Präparat waren nicht nur die Leukozytenkerne stark gebläut, sondern auch die erfahrungsgemäß bei dieser Behandlung längst abgetöteten Gonokokken.

Auf das Zustandekommen der Pappenheim-Unnaschen Färbung der Gonokokken hatte die Vorbehandlung mit Reduktionsmitteln keinen Einfluß. Die Gonokokken färbten sich nach wie vor leuchtend rot. Veränderungen waren nur an dem Protoplasma der Leukozyten wahrzunehmen, das sich im Gegensatz zu dem unbehandelten Präparat nach dem Behandeln mit starken Reduktionsmitteln (Pyrogallol) rosa färbt, so daß das ganze Präparat schon makroskopisch rosa erscheint im Gegensatz zu dem mehr blauvioletten Farbenton des nicht vorbehandelten Pappenheim-Unnaschen Präparates.

Zusammenfassung.

Aus den vorliegenden Untersuchungen ersieht man, daß es tatsächlich gelingt, durch Reduktionsmittel den Gonokokken einen Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen. Eine gleichmäßige Einwirkung der reduzierenden Mittel auf die Gonokokken läßt sich nicht konstatieren. Besonders stark beeinflussen in absteigendem Grade Salvarsan, Pyrogallolkarbonsäure, Pyrogallol das RW-Bild. Diese drei Substanzen verdanken ihren größeren Einfluß gegenüber den anderen, teilweise auch stark reduzierend wirkenden Körpern einer spezifischen Affinität zu den Gonokokken. Aus demselben Grunde kommt auch dem Eikonogen der Monoamidonaphthalsulfosäure noch ein nennenswerter Einfluß zu. Von den Oxybenzolen kommt das Brenzkatechin der Pyrogallolwirkung am nächsten.

Im allgemeinen beeinflussen stark reduzierende Körper mit saurem Charakter das RW-Bild am intensivsten. Das Salvarsan als das am stärksten wirkende Präparat nimmt eine Sonderstellung ein, die es einer

Digitized by Google

seiner Atomgruppen verdankt. Der hohen chemischen Affinität dieser Atomgruppe zu den Gonokokken wegen vollzieht sich hier die Sauerstoffentziehung der Gonokokken bereits nach einer Einwirkungszeit von nur 5 Minuten, während alle anderen Präparate hierzu längere Zeit nötig haben oder in entsprechend höheren Konzentrationen angewandt werden müssen.

Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Nachtrag[1]).

Von

A. V. Knack in Hamburg.

Durch eine nachträgliche Besprechung mit Hrn. Oberarzt Dr. Haenisch wurde ich auf eine Entstehungsmöglichkeit der „kontralateralen" Alopezie hingewiesen, die ich in der Originalarbeit (Dermat. Wochenschrift, 1915, Nr. 34) übersehen hatte. Es handelt sich nach der Auffassung von Hrn. Dr. Haenisch in Fall I und III um eine Röntgenalopezie. Da bei Schädelaufnahmen die erkrankte Seite auf der Platte aufliegt, wird die gesunde Seite von der direkten Strahlenwirkung der durchleuchtenden Röhre getroffen, und hier auf der „kontralateralen" Seite kann gegebenenfalls ein Haarausfall durch Röntgeneinwirkung entstehen. Die scheinbare Häufung dieses temporären Haarausfalls bei Schädeluntersuchungen dürfte einerseits auf die enorm gesteigerte Zahl derartiger Untersuchungen überhaupt während des Krieges, andererseits auf die hierfür erforderliche etwas härtere Strahlung zurückzuführen sein.

In den Rahmen dieser Auffassung paßt nicht Fall II. Die im Status notierte Röntgenuntersuchung wurde erst nach Auftreten der Alopezie gemacht, und nach genauester Nachforschung wurde auch nicht in früheren Lazaretten eine Röntgenaufnahme oder -Durchleuchtung angestellt.

Ich möchte aber nicht anstehen, vorerst meine Arbeit aus der weiteren Diskussion zurückzuziehen. Der Begriff der „kontralateralen" Alopezie dürfte nur aufrecht erhalten werden, wenn es mir gelänge, weitere nicht geröntgte Fälle zu beobachten. Quod di bene vertant.

---

[1]) Das Manuskript dieses Nachtrages ist noch vor Erscheinen der Arbeit von Hrn. Priv.-Doz. Dr. Klausner (Derm. Wochenschr., 1915, Nr. 43) bei der Redaktion eingegangen. Rille.

Digitized by Google

Felix Martin Oberländer †.

Aus Dresden kommt die Trauerkunde, daß Prof. Dr. F. M. Oberländer daselbst, 66 Jahre alt, verstorben ist.

Wenn man versuchen will, die Lebensarbeit des Dahingeschiedenen kritisch zu würdigen, so sind, wie mir scheint, zwei Umstände besonders zu betonen, die auf seine gesamte Entwicklung von entscheidendem Einfluß gewesen sind.

Zunächst, daß es ihm vergönnt war, während seiner Assistentenzeit am städtischen Krankenhaus zu Dresden (1875—1877) Zeuge der ersten Versuche zu sein, die damals Max Nitze über die Beleuchtung der inneren Körperhöhlen anstellte. Nitzes Interesse wandte sich anfangs allen hier in Betracht kommenden Organen gleichmäßig zu — bald freilich beschäftigte ihn in fast ausschließlicher Weise die Blase, für deren Pathologie und Therapie denn auch das Wirken dieses genialen Erfinders epochemachend geworden ist. Das Instrument, welches er, von denselben Prinzipien ausgehend, für die Harnröhre konstruiert hatte, fesselte Oberländers Aufmerksamkeit, der sofort den wesentlichen Fortschritt erkannte, den die Einführung der Lichtquelle ins Körperinnere sowie die Anwendung des elektrischen Lichtes gegenüber den bis dahin geübten Methoden von Désormeaux, Grünfeld u. a. bedeutete. Es schmälert sein Verdienst nicht, wenn man betont, daß er an diesem Instrument keine Neuerungen von grundlegender Bedeutung vorgenommen, sondern es nur durch technische Verbesserungen handlicher gemacht, namentlich aber durch unausgesetzte Arbeit seine praktische Brauchbarkeit erwiesen hat.

Daß er diesen Zweck erreichen konnte, lag aber — und dies halte ich für das zweite entscheidende Moment — daran, daß es ihm gelang, für die Erkrankungen der Harnröhre, deren Verständnis die Urethroskopie erschließen sollte, die Mitarbeit eines so ausgezeichneten pathologischen Anatomen, wie des frühverstorbenen Neelsen, zu gewinnen. Die verfeinerte klinische Beobachtung wurde durch diese gemeinsame Arbeit erst auf eine feste Grundlage gestellt; alle die Begriffe der Epithelwucherung, der lakunären Entzündung, der weichen und narbigen Infiltration, das ganze Verhältnis der chronischen Gonorrhoe zur Harnröhrenverengung konnte in diesen Studien teils neu begründet, teils vollständig revidiert werden.

So schuf sich Oberländer sein eigenstes Arbeitsgebiet. Nicht nur die Diagnostik der Harnröhrenerkrankungen wurde ausgebaut und verfeinert, sondern auch die Therapie ihres empirischen Charakters entkleidet und bewußt den so verschiedenartigen Vorgängen, die sich unter dem Sammelbegriff der chronischen Gonorrhoe verbergen, angepaßt. Der Bruch mit der bis dahin ganz schematisch betriebenen Spül- oder Ätzbehandlung, die Einführung der dilatierenden Apparate bedeuten ein Verdienst, welches nicht gering anzuschlagen ist. Auch wer nicht in allen Einzelheiten seiner Lehre sich anschloß, nicht seinen Standpunkt gegenüber der bakteriologischen Diagnostik, noch auch alle seine therapeutischen Indikationen teilen konnte, mußte doch die Exaktheit seiner Arbeit, das Bewußte seines Vorgehens anerkennen. Diese Anerkennung muß um so lebhafter sein, da Oberländer, fern jedem Lehramte und allein auf seine eigene, sehr umfangreiche praktische Tätigkeit angewiesen, zunächst nicht in der Lage war, seinen Ideen die gebührende Verbreitung zu schaffen. Literarisch vertrat er sie freilich

Digitized by Google

in wiederholten Publikationen — in eingehender Darlegung besonders im Jahre 1888 in seiner Schrift „Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers" (Wien, Braumüller), dann 1890 in einer Arbeit „über die Leistungsfähigkeit des Elektro-Urethroskops" (Int. Zbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane, Bd. 2), weiter in den von ihm bearbeiteten Abschnitten „die chronischen Erkrankungen" und „die Endoskopie der männlichen Harnröhre" im Zuelzer-Oberländerschen Klinischen Handbuch der Harn- und Sexualorgane (Leipzig, F. C. W. Vogel, 3. Band), in seinem Lehrbuch der Urethroskopie (Leipzig, Thieme 1893) und schließlich in zusammenfassender, alle Einheiten genauestens darstellender Form in seinem mit A. Kollmann gemeinsam verfaßten Hauptwerke „Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen" (Leipzig, Thieme, 1900 u. 1905); und neben diesen größeren Schriften gingen noch mehrfach Einzelpublikationen einher, die, wie namentlich die wichtige Mitteilung „Beiträge zur Lehre vom primären Karzinom der Urethra" (Zbl., Bd. 4) wohl geeignet waren, die Aufmerksamkeit auf die Erfolge seiner Methode zu lenken. Dennoch dauerte es lange genug, bis die Elektro-Urethroskopie allgemeineren Eingang fand — daß dies schließlich erreicht wurde, ist dann zum Teil dadurch zu erklären, daß doch einige hervorragende Schüler und Mitarbeiter sich fanden, die in Wort und Schrift lebhaft dafür eintraten — in erster Linie Kollmann, der auch eine rege Lehrtätigkeit entfaltete, ferner Kulisch, H. Wossidlo, Keydel u. a., im Auslande z. B. de Keersmaecker und Verhoogen. Allerdings ist auch der Nitze-Oberländerschen Elektro-Urethroskopie das Schicksal nicht erspart geblieben, daß die Fortschritte der Technik und des Erfindungsgeistes darüber hinausführten: schon der Ersatz des Platindrahts durch die Mignonlampe nach Valentine, mehr noch, namentlich soweit die hintere Harnröhre in Betracht kommt, die Einführung der Irrigations-Urethroskopie durch H. Goldschmidt und deren Modifikationen durch Wossidlo, Vater und Sohn, haben bewirkt, daß das ursprüngliche Instrumentarium Oberländers mehr und mehr außer Anwendung kam. Die grundsätzliche Bedeutung seiner Methodik aber ist geblieben; und als vor einigen Jahren die Deutsche Gesellschaft für Urologie das Thema der Endoskopie auf die Tagesordnung gesetzt hatte, konnte H. Lohnstein mit vollstem Recht darauf hinweisen, daß wir, aller Neuerungen ungeachtet, doch in Oberländer deren eigentlichen Begründer und den energischsten Vorkämpfer auf diesem Gebiete zu verehren hatten!

Es mag vielleicht auffallen, daß Oberländer sich in seinen literarischen Arbeiten kaum je von diesem seinem Gebiete entfernt hat. Aber, es wäre durchaus irrig, wollte man ihn deswegen der Einseitigkeit zeihen — er liebte es zwar, sich in dieser Beschränkung als Meister zu bewähren, aber er verlor darum keineswegs den Blick für das Allgemeine. Wenn man einmal die Geschichte der modernen Urologie schreiben wird, so wird man nicht vergessen dürfen, daß sie, die in Deutschland lange Zeit ein Stiefkind in Lehre und Praxis war und immer nur als Anhängsel der, durch die Brücke der Geschlechtskrankheiten mit ihr verbundenen Dermatologie galt, zum Kampfe um ihre Emanzipation (der ja freilich noch längst nicht zu Ende geführt ist!) vor allem einer literarischen Vertretung, einer Sammelstelle für die zerstreuten Einzelbestrebungen bedurfte. Dies hat niemand früher eingesehen als W. Zuelzer, der zu diesem Behuf sowohl das schon erwähnte klinische Handbuch, als auch das Internationale Zentralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane ins Leben rief. Beide Unternehmungen konnte er nur kurze Zeit leiten — und es ist doch bezeichnend für die ihm gezollte Anerkennung, daß beide an Oberländer übergingen, als Zuelzer im Jahre 1893 verstorben war. Das Handbuch hat nur die eine Auflage erlebt; das Zentralblatt — von 1894 an „Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane" aber blieb sein Lieblingskind, dem er nicht bloß seine redaktionelle Mühewal-

Digitized by Google

tung zuwandte, sondern in welchem er auch kritisch sich oft und gern aussprach. Als später (1897) Nitze in die Redaktion eintrat, erreichte es eine hohe Blüte und Bedeutung — nach seinem Tode wurde es dann mit der von Casper und Lohnstein herausgegebenen Monatsschrift für Urologie zur Zeitschrift für Urologie vereinigt; bis zuletzt hat Oberländer an der Herausgabe dieser führenden Zeitschrift lebhaftesten Anteil genommen. Und ebenso hat ihm die Deutsche Gesellschaft für Urologie ein ehrendes Andenken zu bewahren. Schon vor vielen Jahren hatte er sich für Gründung einer solchen eingesetzt — als es dann, nach mancherlei Mühen, im Jahre 1906 dazu kam, fiel ihm die Ehre zu, die konstituierende Sitzung zu leiten. „Wir haben uns allmählich und sicher, unabhängig von jeder anderen Disziplin, auf eigene Füße und fest zu stellen gewußt, und diese unsere Stellung soll heute durch unsere Gründung nach außen hin dokumentiert werden" — mit diesen Worten gab er seiner Genugtuung über das Erreichte Ausdruck; und die darin liegende Prophezeiung ist in reiche Erfüllung gegangen.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie tagt (oder tagte in Friedenszeiten!) bestimmungsgemäß in der Regel abwechselnd in Berlin und Wien. Wir hatten die stille Absicht, einmal von dieser Regel abzuweichen und hofften, uns in Dresden um den verehrten Freund zu versammeln — er hätte sich dann davon überzeugen können, in wie hoher Schätzung er, wissenschaftlich wie persönlich, bei alt und jung stand. Er selbst freilich wollte, wenn einmal die Rede darauf kam, nie etwas davon wissen — weder sein Alter noch sein Gesundheitszustand schienen ihm die Übernahme solcher Ehrenpflicht zu gestatten. In der Tat, seit Jahren schon konnte man sich nicht verbergen, daß er schwer leidend war, daß er seinen früher so kräftigen Körper nur noch mit Anstrengung aufrecht hielt. Die gewaltigen Ereignisse des Krieges brachten ihm tiefe, seelische Erschütterungen — sein Frohmut, sein herzhafter Humor schwanden dahin; auch ein letzter, in diesem Jahr unternommener Kurversuch in Altheide brachte nicht die gewünschte Erholung. Und so ist nun sein arbeitsreiches Leben beschlossen — seiner Familie und seinen Freunden viel zu früh —, ein Leben aber, welches in der Geschichte unseres Faches viele und unvergängliche Spuren hinterlassen hat!

C. Posner-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Primäraffekt und Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen, bewirkt durch Reinkulturen von Syphilispirochäten, von J. Schereschewsky. (D. m. W., 1914, Nr. 41.) Sch. faßt seine Arbeit in folgender Weise zusammen: Meine Spirochätenreinkulturen bewirken am Hoden und Auge vom Kaninchen syphilitische Veränderungen in einer dem Gewebsvirus gleichen Weise. Spirochätenreinkulturen lassen sich viele Wochen bei 37° und nachträglich bei Zimmertemperatur virulent und rein erhalten. Eine Exzision von Kaninchensklerose hat das Auftreten einer neuen Sklerose zur Folge gehabt. Das Sperma dieses Tieres enthielt dauernd Spirochäten vom Pallidatypus.

E. Brinitzer-Altona.

Die Beteiligung des Nervensystems während des Primärstadiums der Syphilis, von U. J. Wile und J. H. Stokes-Ann Arbor. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 12.) Die Möglichkeit, daß schon recht bald nach der Akquisition eines Primärsyphilids und noch vor dem Manifestwerden von kutanen Erscheinungen sekundärer Art eine Be-

Digitized by Google

teiligung des Nervensystems sich geltend mache, ist durch einige präzise Beobachtungen seitens deutscher Verfasser nachgewiesen worden. Verfasser bringen eine Bestätigung dieser Wahrnehmungen durch einen Bericht über genaue Untersuchungen, welche von ihnen im Verein mit Spezialisten bei sechs Fällen von Primärsyphilid unter besonderer Berücksichtigung des Optikus, des Akustikus und des sonstigen Nervensystems ausgeführt wurden. Bei fünf Patienten wurde die Spinalflüssigkeit untersucht, während bei dem sechsten dies nicht bewerkstelligt werden konnte. Subjektive Erscheinungen von seiten des Nervensystems fehlten bei allen Kranken dieser Serie, und diffuse Lymphadenitis wurde nur zweimal notiert. Dagegen wurden bei fünf der Kranken Symptome von Neuroretinitis vom Ophthalmologen konstatiert, und eine Beteiligung des Akustikus war bei zweien in geringem Grade, bei einem Patienten sogar in ausgesprochener Form vorhanden. Die Befunde an der Zerebrospinalflüssigkeit waren variabler Art. Das Blut gab bei allen (fünf) daraufhin untersuchten Fällen eine positive Wassermann-Reaktion.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ulcus molle oder Primäraffekt, eine therapeutische Betrachtung, von H. Müller-Mainz. (M. m. W., 1914, Nr. 23.) Die klinische Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Primärsyphilid ist durchaus nicht immer leicht zu stellen, und Verfasser führt aus seiner eigenen Beobachtung aus der Zeit vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida sechs Fälle an, bei denen ein „typisches" Ulcus molle später ernste syphilitische Prozesse im Gefolge hatte. Es ist aber auch bei einem negativen Spirochätenbefund die Möglichkeit gegeben, daß doch eine Mischinfektion vorliege, indem die Spirochäten gar nicht ganz selten erst nach Ablauf einiger Tage so reichlich vertreten sind, daß sie ohne allzu zeitraubende Untersuchungen nachweisbar werden. Es wäre also die Neisserscbe Forderung, daß zweifelhafte Ulcera immer mit zwei oder drei Salvarsaninjektionen behandelt werden sollen, dahin zu erweitern, daß schlankweg alle Ulzera, ob weich oder hart, eine Salvarsanbehandlung erfahren müßten. Daß aber auch ein unanfechtbares Primärsyphilid ausheilen kann, ohne irgend welche weiteren Erscheinungen zu zeitigen, beweist eine sehr präzise, eigentümliche, hier geschilderte Beobachtung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Differentialdiagnose zwischen Angina Plaut-Vincenti und Primäraffekt der Tonsille, von R. Lévy. (The Laryngoscope, Juni 1913.) Verfasser berichtet über einen 24jährigen Patienten, der über Schluckbeschwerden klagte und tonsillare und peritonsillare Schwellung aufwies. Trotz Inzision und lokaler Behandlung nahmen die Beschwerden zu, es entstand auf den Tonsillen ein grauweißer, festhaftender Belag; linksseitige derbe Schwellung der Halslymphdrüsen. Keine Behandlung half, links nahm die Affektion ulzeromembranösen Charakter an; unter dem Belage fand sich eine leicht blutende Oberfläche mit derben elevierten Rändern. Im Exsudat fanden sich fusiforme Bazillen, keine Spirochaetae pallidae. Schließlich klärte das Auftreten eines Exanthems die Situation, und Salvarsan brachte Heilung. Verfasser bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen Plaut-Vincentscher Angina und Primäraffekt und kommt zu dem Schlusse, daß diese mit Sicherheit nicht gestellt werden könne; man müsse daher bei jeder ulzerös-membranösen Läsion den weiteren Verlauf abwarten.

R. Frühwald-Leipzig.

Seltenere extragenitale Primäraffektionen, von J. Guszmann-Budapest. (Bör-és Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujság., 1913, Nr. 3.) Verfasser berichtet über folgende Fälle: 1. Primäraffekt auf dem Scheitel. Auf den Genitalien und der Umgebung war keine Spur von Primäraffekten zu finden. Prä- und retroaurikulare Lymphknoten waren auffallend stark gedunsen und verhärtet. Dieser Befund lenkte dann die Aufmerksamkeit auf den Kopf. In der Mitte des Scheitels wurde eine in der Über-

Digitized by Google

häutung begriffene hellergroße, stark infiltrierte erosierte Wunde gefunden. Der Kranke hat sich wahrscheinlich mit einem Kamme oder einer Schere in einem Friseurladen infiziert. Stark infizierende (viel Spirochäten enthaltende) sekundäre Papeln können auf dem Scheitel durch den Friseur lädiert werden, welche dann ausnahmsweise, wenn der Kamm sofort auch auf dem Kopfe eines anderen benutzt wird, zur Infektion Gelegenheit geben können. 2. Primäraffekt auf der Halsseite. 24jähriger Beamter. Drüsenvergrößerung war in der linken submaxillaren Gegend und in der Fossa supraclavicularis auffallend groß. Auf der linken Seite des Halses eine kronengroße, vernarbende, schwach oberflächliche Wunde, deren Basis und Rand stark infiltriert und die Umgebung einigermaßen pigmentiert. Vor drei Wochen bekam er an dieser Stelle einen „Abszeß". Der Arzt sprach diesen als Furunkel an und behandelte ihn mit Bierscher Glocke chirurgisch. Die Drüsenverhärtung hielt er als Folge der Entzündung. Die Halsdrüsen blieben aber auch weiter fort gedunsen. Es ist wahrscheinlich, daß die Infektion die Folge eines Bisses war. 3. Sieben Primäraffekte auf den beiden Brüsten. Auf der linken Brust der kräftigen, gesund scheinenden Frau unter der Areola mammae nebeneinander, aber voneinander gut isolierte, drei hartinfiltrierte, pergamentartig eingetrocknete Erosionen. Auf der Areola der rechtsseitigen Mammae drei ganz solch harte infiltrierte Erosionen. In beiden Achselhöhlen, namentlich in der linken, harte, schmerzlose, haselnußgroße Drüsen. Die Diagnose wurde durch den positiven Spirochätenbefund bekräftigt. Die Frau säugte vor 5—6 Wochen aus Gefälligkeit ein fremdes Kind, das auf der Lippe Ausschläge hatte. Interessant ist die sehr große Zahl der Primäraffekte.

M. Porosz-Budapest.

Ein bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von O. Heinemann-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 28.) Verfasser veröffentlicht als Illustration einer weit verbreiteten Unsitte einen Fall von Primäraffekt an Ober- und Unterlippe gleichzeitig, von dem er annimmt, daß er durch In-den-Mund-Nehmen eines fremden Bleistiftes entstanden sei.

E. Klemm-Leipzig.

Primärsyphilid am Finger, von A. J. Gilmour-New York. (J. Am. m. Assoc., 13. Febr. 1915.) Ein 38jähriger Kellner, Schweizer von Geburt, kam mit einem (wie die beigegebene Photographie zeigt) fast das ganze Endglied des Zeigefingers einnehmenden Geschwür zur Aufnahme. Gleichzeitig bestand ein laut Angabe seit drei Wochen bestehender papulöser Ausschlag in größerem Umfang. Die Affektion am Finger war schon etwa vier Monate zuvor als eine schmerzhafte, unbestimmte Schwellung zuerst hervorgetreten und war zweimal in einem Hospital inzidiert und einmal kürettiert worden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der syphilitischen Reinfektion, von Gösta Aahman. (Hygiea, 1914, H. 9, Stockholm.) Verfasser, der das Wort „Reinfektion" in seiner eigentlichen und weiteren Behandlung anwendet, also die sogenannte Superinfektion mit einschließt, berichtet über zwei Krankengeschichten, wovon die erste insofern merkwürdig ist, als der Kranke zu drei verschiedenen Malen mit Syphilis infiziert worden zu sein scheint. Ob hier Superinfektionen vorliegen, läßt Verfasser dahingestellt sein. Der andere Fall bietet dagegen bestimmte Anhaltspunkte für die Annahme, daß der Kranke noch syphilitisch war, als er sich die zweite Infektion zuzog. Mit Hinsicht hierauf schließt sich Verfasser der Ansicht derer an, die verneinen, daß eine syphilitische Reinfektion als absoluter Beweis dafür angesehen werden kann, daß eine vorhergegangene Infektion abgelaufen sei. (Eigenbericht.)

W. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Kasuistik der Reinfektion, von Gösta Aahman. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 7.) Verfasser teilt neue Beobachtungen über den Fall X mit, der früher in der Hygiea (1914, H. 9, S. 525) besprochen worden war. Es gilt einen Fall von

Digitized by Google

klinisch sicher konstatierter erster Syphilisinfektion im Jahre 1901 (Sklerose, Adenitis, Roseola, Schleimhautsekundaria) und ebensowohl konstatierter Reinfektion 1905 (Sklerose, Adenitis, Roseola), und einer dritten Infektion 1911, wo jedoch nur Sklerosesymptome und reichlich Spirochäten nachgewiesen wurden. Der Fall war nicht serologisch verfolgt worden, weder vor 1911, noch während der Inkubationszeit. Abortivkur wurde vorgenommen, und es folgte keine Sekundaria. Seit dieser Zeit (Juli 1912) ist der Kranke klinisch und serologisch gut beobachtet worden. WR ständig negativ; zuletzt 10. VIII. 1914. Am 5. XII. 1913 Sklerosesymptome und wenige Spirochäten, Adenitis, WR negativ. Die Anamnese gibt als wahrscheinliche Infektionszeit Anfang November an. Am 10. XII. WR fortgesetzt negativ, dagegen am 15. XII. und 21. XII. sowie am 4. I. 1915 positiv. Die neuen Sklerosen hatten ganz andere Lokalisation als die älteren. Eine derselben wurde exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung sprach für die Diagnose: Primäraffekt. Am 4. I. 1915 wurden spärliche Roseolae konstatiert; am selben Tag erhielt der Kranke Salvarsan 0,40 intravenös. Einen halben Tag darauf lebhafte Herxheimer-Reaktion, die die Roseolae viel reichlicher und deutlicher hervortreten ließ, was Verfasser für einen weiteren Beweis dafür ansieht, daß hier auf eine neue Reinfektion geschlossen werden muß. In diesem Zusammenhang erwähnt er einen anderen Reinfektionsfall von theoretischem Interesse, jedoch mit unvollständiger Beweisführung. (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach zwei Jahren, von E. Hoffmann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 41.) Die Hauptpunkte bei dieser vom Verfasser als ein einwandfreies Beispiel von syphilitischer Reinfektion und zweimaliger völlig erfolgreicher Abortivbehandlung veröffentlichten Beobachtung sind folgende: ein 39jähriger, nicht sehr widerstandsfähiger Kaufmann wurde bei negativem Wassermann und positivem Spirochätenbefund des Primäraffektes mit 24 Inunktionen zu je 4 g, drei Injektionen Altsalvarsan (in Summa 0,862) und einer Einspritzung von Hg salicyl. behandelt. Die durch sechs Monate hindurch fortgesetzte Kontrolle durch Blutprüfung blieb negativ, auch nach einer provokatorischen Salvarsandosis von 0,4 g. Nach Ablauf von zwei Jahren und zwei Monaten nach Beendigung der Kur stellte sich Patient wieder ein mit einem frischen spirochätenhaltigen Ulkus an einer anderen Stelle als bei der ersten Erkrankung und frischer Lymphdrüsenschwellung. Auf Verabreichung von Altsalvarsan (1,95) und Ungt. ciner. (168 g) erfolgte abermals völlige Heilung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

In Zürich ist eine außerordentliche Professur für Dermatologie und Syphilis begründet worden.

Regimentsarzt Dr. W. Lehmann-Stettin wurde mit dem Ritterkreuz I. Kl. des sächs. Albrechtsordens mit Schwertern und dem Eisernen Kreuz I. Kl. ausgezeichnet.

Dr. Richard Loeb-Köln hat das Eiserne Kreuz I. Kl. erhalten.

Dr. Ernst Hummrich, Assistent der dermatologischen Klinik von San.-Rat Dr. Fabry in Dortmund, Ritter des Eisernen Kreuzes, ist am westlichen Kriegsschauplatze gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. November 1915 | Nr. 47 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus.

Von

N. I. Goldkraut.

(Mit 2 Abbildungen.)

Obschon ausführlichere statistische Angaben über die geographische Verbreitung des Favus, die sicherlich sehr erwünscht wären, in der Literatur nicht vorliegen, kann man doch sagen, daß das Vorkommen dieser parasitären Erkrankung in den einzelnen Staaten ein höchst verschiedenes ist. Auch ist wiederum in den von Favus heimgesuchten Ländern die Frequenz der Fälle je nach den einzelnen Distrikten eine sehr wechselnde.

Wenn Bodin recht hat, ist der Favus hauptsächlich eine Erkrankung der gemäßigten Zone.

Es ist aber aus den Arbeiten von Danielssen und anderer bekannt, daß die in Rede stehende Mykose auch in Norwegen oft genug zu beobachten ist. So hat Hiorth[1]) noch 1888 in Kristiania unter 4015 Schulkindern 62 favuskranke gefunden, in Hallingsdal sogar 90 pro mille und in Gols Herred 150 pro mille.

In den Vereinigten Staaten von Nordamerika ist der Favus, wie erst dieser Tage J. E. Lane-New Haven, Conn.[2]) hervorgehoben hat, nichts Seltenes, so daß dort jederzeit ein paar Fälle in den Hautkliniken behandelt werden. Im Gegensatz zu Europa, wo er mehr eine Erkrankung der Landbevölkerung vorstellt, findet er sich in der Union aber vorwiegend in den größeren Städten.

In England ist die Krankheit sicherlich ganz außerordentlich selten, und es rechnete Radcliffe Crocker[3]) einen Fall von Favus auf 2000 Hautkranke aller Kategorien seines eminent großen Krankenmaterials, wogegen McCall Anderson für Schottland die ansehnliche Ziffer von 31 unter 2000 angibt.

[1]) Hiorth, H., Norsk Magazin f. Laegevidenskab, 1888, Nr. 2 und 3; Ref. Mh. f. pr. Derm., 1888, Bd. 7, S. 650. — [2]) Lane, Two Favus Families. J. Am. m. Assoc., 16. Oktober 1915, Bd. 65, S. 1362. — [3]) Crocker, H. Radcliffe, Diseases of the skin. Third edition, London 1903, Bd. 2, S. 1192.

Digitized by Google

Über die Verhältnisse in Frankreich besitzen wir allerdings sehr eingehende zahlenmäßige Angaben, welche sich in mehreren wichtigen Publikationen von FEULARD [1]) niedergelegt finden. Aus ihnen geht hervor, daß der Favus etwa ebensohäufig vorkommt, wie die dortselbst recht gewöhnlichen Trichophytien. So wurden nach den Angaben dieses Autors jährlich etwa 1000 meist der Landbevölkerung angehörige Stellungspflichtige ihres parasitären Leidens halber zurückgewiesen, eine Zahl, die sich seither allerdings wiederum ganz beträchtlich vermindert haben soll. Wir zitieren nur nachfolgende Daten:

von	1876	bis 1880 . . .	1541	Fälle
„	1881	„ 1885 . . .	1399	„
„	1887	„ 1861 . . .	964	„

Speziell im Departement Herault (Languedoc, Südfrankreich) soll noch 1864 die Krankheit so verbreitet gewesen sein, daß auf 1000 Bewohner 20 Favuskranke kamen. Die Verbreitung des Favus in Frankreich ist eine sehr ungleichmäßige. Während die Departements im Osten und im Zentrum des Landes nur ein geringes Kontingent stellen, ist dafür die Zahl der Favösen im Süden und Nordwesten der Republik eine sehr ansehnliche.

Instruktive Mitteilungen über die territoriale Ausdehnung des Favus finden wir in einem Berichte von RILLE [2]).

Hier wird speziell auf die offenbar nicht geringe Häufigkeit des Favus in Holland verwiesen; wenigstens gehe dies aus den Publikationen von MUNNICH und von VAN HAREN NOMAN in Amsterdam hervor, welch letzterer innerhalb zweier Jahre nicht weniger als 96 Fälle behandelt habe.

RILLE bringt mit dieser Nachbarschaft auch die ansehnliche Ziffer von 13 Fällen in Zusammenhang, welche an der nächstbenachbarten reichsdeutschen Universitätsklinik in Bonn während eines Jahres (1891) beobachtet worden sind.

Daß der Favus in Spanien und in Italien nicht gerade eine Seltenheit darstellt, lehren verschiedene aus diesen Ländern vorliegende Spezialarbeiten, sowie Abbildungen in dermatologischen Atlanten (z. B. von OLAVIDE [3]).

Ganz außerordentlich reichlich verbreitet ist der Favus auf Sardinien, von woher wir MIBELLI [4]) seine eingehenden anatomischen und parasitologischen Untersuchungen dieser Erkrankung verdanken. FIOCCO [5])

---

[1]) FEULARD, Le favus et la pelade en France (1887—1892). II. internat. Derm.-Kongr., Wien 1892, S. 393 ff. — [2]) RILLE. Drei Fälle von Favus. Wissensch. Ärztegesellsch. Innsbruck, 24. 11. 1900. W. kl. W., 1901, Nr. 12. — [3]) OLAVIDE, Dermatologia general y clinica iconografica. Madrid 1871. — [4]) MIBELLI, Sul favo. Giorn. ital. delle mal. vener. Gingro 1892. — [5]) FIOCCO, Le tricofizie a Venetia. Giorn. ital. delle mal. vener., Bd. 51, 1910.

Digitized by Google

gibt an, daß er 1905—1908 im Krankenhause zu Venedig nicht weniger als 141 Favusfälle behandelt habe. Auch Rille beobachtete während seiner Tätigkeit an der Innsbrucker Hochschule einen und den anderen aus Oberitalien stammenden Favusfall.

Als das eigentliche Favusgebiet ist aber der Osten und Süden Europas zu bezeichnen, also Rußland und insbesondere Galizien und Russisch-Polen, sowie die Balkanhalbinsel.

Speziell hat die von der österreichischen Regierung unter Isidor v. Neumanns Ägide durchgeführte Assanierung Bosniens und der Herzegowina die ausgedehnte Verbreitung dieser Mykose dortselbst dargetan. So hat Glück[1]) im östlichen Teile des Landes, wo es an Serbien grenzt, Distrikte mit 40—95 Favuskranken pro mille gefunden.

Was das übrige Österreich, von Galizien und Bosnien abgesehen, betrifft, so sind es insbesondere die Gebirgsprovinzen wie Tirol und Kärnten, welche die meisten Favuspatienten beherbergen und über welche Rille auf Grund persönlicher Wahrnehmungen genauere topographische Angaben gemacht hat.

Neben England ist wohl das Deutsche Reich derjenige europäische Staat, welcher die wenigsten Favuserkrankungen aufzuweisen hat. Was die Universitätskliniken betrifft, so gelangen an den am weitesten östlich gelegenen, wie in Königsberg und Breslau, infolge des Zuzuges aus Rußland und Polen die meisten Fälle zur Beobachtung. In Mitteldeutschland ist der originäre Favus eine große Rarität geworden, und an der Leipziger dermatologischen Klinik mit ihrem quantitativ so sehr stattlichen Krankenmaterial vergehen oft zwei bis drei Semester, ohne daß Gelegenheit ist, einen Fall dieser Art didaktischen Zwecken nutzbar zu machen.

Dank der modernen wissenschaftlichen Hygiene und insbesondere der Hebung des ökonomischen Niveaus weiter Volkskreise ist der Favus, die „ausgesprochene Armeleutekrankheit", in Deutschland so sehr selten geworden.

Nichtsdestoweniger sind auch hier im Laufe der letzten Jahre vereinzelte Fälle zu sehen gewesen, welche keineswegs aus den Favusdistrikten zugewandert waren und entschieden als „autochthon" entstandener Favus angesehen werden mußten. Es wäre aber trotzdem möglich, daß infolge der in den letzten Jahren stattfindenden regen Einwanderung, namentlich aus dem Osten, der Favus bis zu einem gewissen Grade wieder an Boden gewinnen könnte — nicht zu reden von den jetzigen Kriegszuständen.

[1]) Glück, Leop., Zur Statistik, Ätiologie und Prophylaxe des Kopfgrindes in Bosnien und der Herzegowina. Jahrb. d. bosn. herzeg. Landesspitals in Sarajevo. Wien 1898, S. 564—570.

Digitized by Google

In Wien speziell, wo Ende der neunziger Jahre nach der Angabe von KAPOSI kaum zwei Favi pro mille Hautkranker zu zählen waren, scheint, wie dies RILLE[1]) bereits 1900 ausgesprochen hat, die Zahl der als autochthon zu bezeichnenden Favusfälle entschieden wieder in Zunahme zu sein, übrigens gerade in solchen Stadtbezirken, in welche polnischer Zuzug kaum erfolgt.

Für die Beurteilung solcher sporadischer Fälle kommt endlich noch ein anderer Gesichtspunkt in Frage.

Wenn auch die Ansteckung mit Favuspilzen wohl zu allermeist von Mensch zu Mensch erfolgt, so ist es doch bekannt, daß auch bei Hunden und Katzen, Mäusen und Kaninchen, gleichwie beim Haushuhn Favus vorkommt. Es ist daher eine Übertragung von Tieren auf den Menschen nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern sogar experimentell erwiesen.

Sehr bemerkenswerte, auch durch kulturelle Untersuchungen gestützte Beobachtungen liegen nach dieser Richtung von BRUNO BLOCH[2]) vor. Dieser beobachtete fünf aus Basel stammende Fälle, bei welchen eine eigentümliche Abart des Favuspilzes zu finden war, welchen er wegen der Farbe der Kulturen Achorion violaceum nannte und der als dritter vom klassischen Achorion Schönleinii sich unterscheidender Pilzstamm dem Achorion Quinckeanum und dem Achorion gypseum von BODIN sich anschließt.

Alle diese Kranken gaben auf Befragen an, daß in ihrem Hause zahlreiche und überdies mit eigenartigen Hautveränderungen behaftete Mäuse vorhanden seien. In der Tat erwiesen sich diese Mäuse als an typischem Favus erkrankt, aus welchem sich der vorhin erwähnte Pilz gleichfalls züchten ließ. Hier läge somit ein neues typisches Beispiel für die Übertragungsmöglichkeit einer epidemischen Krankheit vom Tiere auf den Menschen vor, wie dies übrigens schon für das Achorion Quinckeanum nachgewiesen worden ist, welches zumeist von Mäusen auf den Menschen übertragen werden soll. Die so entstandene Krankheit kommt vorzugsweise bei Müllern vor und kann dann nach CHAJES von Mensch zu Mensch weiter verbreitet werden.

Ob aber dieser von BLOCH angenommene und für seine Fälle gewiß nicht zu bezweifelnde Infektionsmodus für alle oder auch nur für die meisten der in Deutschland ab und zu vorkommenden sporadischen, auf unaufgeklärte Weise entstandenen Favusfälle zutrifft, muß freilich dahingestellt bleiben. Insbesondere für die von uns später mitzuteilenden, einschlägigen Fälle der Leipziger Klinik halten wir diese Übertragungsart dennoch für höchst fraglich. Es ist nun allerdings in unseren Fällen

[1]) RILLE, l. c. — [2]) BLOCH, Die Trichophytien und verwandte Pilzkerkrankungen der Haut. Korr. Bl. Schweiz., 1912, Nr. 1.

Digitized by Google

nicht allemal mykologisch-kulturell untersucht worden, sicherlich aber unterscheiden sich jene in klinischer Beziehung in keiner Weise von dem hergebrachten allbekannten Bilde des Kopffavus, wogegen einzelne von Blochs Fällen doch nicht unerhebliche Abweichungen hiervon dargeboten zu haben scheinen. Zweimal lag die bekannte Kombination von Kopf- und Körperfavus, letzterer unter dem Bilde des von Köbner bekannt gemachten, sogenannten herpetischen Vorstadiums des Favus vor, einmal bestanden tumorartige Herde und in einem weiteren Falle Herpes vesiculosus.

Auch in unseren Fällen bestanden hin und wieder an Stamm oder Extremitäten die bekannten rosaroten, feinschuppigen, an Herpes tonsurans erinnernden Effloreszenzen. Unserer Meinung nach dürfte es aber zu weit gehen, jeden derartigen Fall auf eine Mäuseinfektion zu beziehen, da dieses herpetische Vorstadium bei mit Kopffavus behafteten Individuen überhaupt ungemein häufig vorkommt, aber gewöhnlich übersehen oder gleich dem ebenfalls nicht seltenen Nagelfavus unrichtig gedeutet wird. Beweis hierfür ist insbesondere die interessante Beobachtung Rilles[1]) bei einem achtjährigen Knaben mit alleinigem herpetischem Favusvorstadium an der Schulter in Gestalt eines markstückgroßen, roten, schuppenden Herdes nebst zentralen schwefelgelben Skutulis ohne die geringste Beteiligung des Kapillitium. Hier war die Übertragung sicherlich nicht durch Mäuse, sondern nachweislich im Krankenhause selbst, wo Patient wegen Lupus vulgaris behandelt wurde, von einem mit ausgedehntem Kopffavus behafteten Bettnachbar erfolgt. Es ist überdies, wie Kaposi mit Recht bemerkt, die Quelle jener Favuserkrankungen, welche unter Fomentationen oder auch ohne solche, gleichsam genuin entstehen, bisher noch gar nicht nachgewiesen.

W. Fischer[2]) teilt eine Reihe von Fällen von Mäusefavus beim Menschen mit, die sich besonders durch die Variabilität des klinischen Bildes auszeichnen und zeigen, daß Übertragungen des Favus auf den Menschen durchaus keine so seltene Erkrankung darstellen, wie von vielen Seiten angenommen wurde. Abgesehen von zwei Fällen verliefen die Erkrankungen unter dem bekannten Bilde einer superfiziellen Trichophytie. Die Züchtung der Erreger bestätigte aber den Charakter der Erkrankung als Favus.

Von besonderem Interesse ist die von W. Fischer beschriebene Epidemie von zwölf Fällen bei jungen Mädchen, die alle im großen ganzen dasselbe Krankheitsbild darboten:

Die Hautkrankheit fand sich durchweg an im allgemeinen von der Kleidung nicht bedeckten Stellen von Brust, Nacken und Armen. Abgesehen von einem Fall, in dem sich ca. 20 einzelne Effloreszenzen fanden, waren bei den anderen nicht mehr als 1—3

[1]) Rille, l. c. — [2]) Fischer, W., Der Mäusefavus beim Menschen. B. kl. W., 1913.

Digitized by Google

vorhanden. Es zeigten sich zum Teil bis fünfmarkstückgroße, schwach gerötete Herde mit nur leicht eleviertem, 2—5 mm breitem Saum, der mit feinen weißen Schüppchen bedeckt war. Die zentralen Teile waren in einigen Fällen leicht pigmentiert und ohne jede Andeutung von Skutulis. Die jungen Mädchen arbeiteten alle in einem Berliner Putzgeschäfte und hatten unter anderem auch mit Pelzwerk zu tun. Der Ausgang der Epidemie konnte nicht festgestellt werden. Für eine Infektion von Mensch zu Mensch spricht das sukzessive Auftreten der Erkrankung bei den einzelnen Mädchen. Mäuse sollen in dem Geschäfte gleichfalls in reicher Menge vorhanden gewesen sein. Vielleicht waren unter den verarbeiteten Fellen solche von kranken Tieren vorhanden. Der Fruktifikationstypus der jedesmal gezüchteten weißen, flaumigen Kultur entsprach vollkommen dem des Mäusefavus; der Erreger war also in allen zwölf Fällen der gleiche.

In einer kürzlich veröffentlichten Arbeit macht W. Fischer[1]) auch Mitteilung über von ihm in Berlin beobachteten eigentlichen Favus, also nicht Mäusefavus. Er bemerkt, man nehme an, daß in Deutschland autochthone Fälle nicht mehr vorkommen.

Ein 17jähriges Dienstmädchen aus Straußberg bei Berlin war nie im Auslande gewesen und auch nie mit ausländischen Arbeitern in Berührung. Seit Kindheit besteht ein bislang nie behandelter Kopfausschlag: am Scheitel eine handtellergroße schuppende Favusnarbe, welche von bis 1 cm dicken Borken umgeben ist; daneben typische schwefelgelbe Skutula. Die Kultur ergibt Achorion Schönleinii. Die Kranke erklärt ihren Ausschlag für nicht ansteckend, zumal ihre Schwester seit Jahren dieselben Kämme und Bürsten mit ihr gebrauche, ohne krank zu werden.

Ein zweiter Fall betraf einen kleinen russischen Knaben mit einem frischen herpetischen Herd an der Wange, anscheinend durch eine favuskranke Schwester zustande gekommen.

In der dermatologischen Universitätsklinik in Leipzig gelangten in den letzten Jahren die nachfolgenden aus dem Deutschen Reiche stammenden Favusfälle — insgesamt zwölf — zur Beobachtung

Fall I: S. B., 17 Jahre, aus Leipzig, aufgenommen am 23. XI. 1897.

Seit dem vierten Lebensjahre Ausschlag auf dem Scheitel, der mit der Zeit den ganzen behaarten Kopf eingenommen hat.

P. grazil gebaut, schwächlich und geistig etwas beschränkt. Der ganze behaarte Kopf teilweise mit Krusten versehen; an einzelnen Stellen nässend; das Haar fühlt sich trocken an, ist leicht brüchig und verbreitet einen mäuseartigen Geruch. Die Veränderung erreicht an der Stirn die Haargrenze, läßt die abhängigen Teile des behaarten Kopfes an Schläfen und Hinterhaupt frei. Bei Epilation findet man, daß jedes Haar eine große weiße Wurzelscheide trägt; die Krusten sind an ihrer Oberfläche spröde und grauweiß verfärbt, in der Tiefe gelb und von weicher Konsistenz. Die Krusten setzen sich tief in die Haarbälge fort und rufen dort muldenartige Vertiefungen hervor; die ganze epilierte Kopfschwarte erscheint sehr porös.

Nach Umschlägen mit essigsaurer Tonerde überhäuteten die porösen, leicht blutenden Partien der Kopfschwarte; letztere ist glatt und schuppt in dünnen, ziemlich großen Lamellen ab. Die durch die wiederholte Epilation erzeugte kahle Stelle, die dem Bereich der früher erkrankten Partie annähernd entspricht, da die Epilation etwa fingerbreit über die kranke Stelle angelegt wurde, zeigt sich frei von Favusborken; auch

[1]) Fischer, W., Studien über Dermatomykosen in Berlin. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1398.

Digitized by Google

mikroskopisch Favus nicht mehr nachweisbar. Kopfhaut, bis auf leichte Rötung und geringe Abschuppung, normal.

Fall II: M. R, 20 Jahre, Buchbindersfrau aus Leipzig-Reudnitz, aufgenommen 18. VII. 1900.

Seit 19 Jahren Krusten auf dem behaarten Kopfe, allmählich Verlust eines großen Teiles der Kopfhaare.

Auf dem Kopfe, der sehr dünnen Haarwuchs zeigt, vielfache rundlichovale, gelbliche Borken, die sich oft in Scheiben ablösen lassen. Die Kopfhaut unter den Krusten zeigt eine mehr oder weniger starke Vernarbung und Atrophie von leicht delliger Form. In den Borken massenhaft Favuspilze.

Fall III: S. J., 12 Jahre altes Mädchen aus Leipzig, aufgenommen am 15. I. 1901.

Am behaarten Kopfe scheibenförmige, dicke, weißliche Krusten, unter denen die Haut vielfach der Ausdehnung der Krustenscheibe entspechende narbige, flache Vertiefungen zeigt; einzelne kleinere Krusten von $^1/_2$ cm Durchmesser zeichnen sich durch scharfe Begrenzung, zentrale Depression und gelbliche Färbung aus. Die Haare sind zu einem beträchtlichen Teile verloren gegangen, die noch vorhandenen durchsetzen vielfach, namentlich zentralwärts, die Krusten.

Mit einem Skutulum dieses Falles wurde über eigenes Anerbieten ein Student der Medizin auf seinen Unterarm geimpft. Dortselbst ist ein typischer Favus entstanden und zwar nicht in der gewöhnlichen Form, sondern ein sogenannter Favus turriformis, von dem getrennt weitere Effloreszenzen ausgingen.

Fall IV: D. R., 21 Jahre, Dienstmädchen aus Leipzig, geboren in Nauendorf (Saale-Kreis), aufgenommen 16. Februar 1907 wegen Gonorrhoe. Bei dieser Gelegenheit wird bei der Patientin auch Favus konstatiert, welcher am Kopfe seit der frühesten Kindheit, solange Patientin sich erinnern kann, besteht. Derselbe soll stets im ziemlich gleichen Entwicklungsstadium geblieben sein und hat die Kranke nie wesentlich belästigt. Vor sieben Jahren wurde dieser Kopfausschlag ohne Erfolg behandelt, später hat P. bloß Seifenwaschungen gemacht. Der Bruder der Patientin, jetzt 30 Jahre alt, soll als Schulknabe einen gleichen Kopfausschlag gehabt haben, jedoch nicht so intensiv.

Mäßig gut genährte, anämische Patientin. Auf dem behaarten Kopfe findet sich eine ausgedehnte scharf umschriebene Plaque, die nach hinten bis an den Okzipitalhöcker, nach vorn bis an die Stirn, nach rechts bis fingerbreit oberhalb des Ohres, nach links drei Finger breit oberhalb des Ohres reicht. Die Randlinie ist eine nach außen konvexe. Die Behaarung ist innerhalb des umschriebenen Gebietes etwas schütter, die einzelnen Haare sind nur etwa 5—6 cm lang, von schmutzig-gelblichem bis aschgrauem Aussehen und von eigentümlicher Trockenheit, während die übrigen Kopfhaare lang, goldblond und glänzend sind. Der Haarboden innerhalb dieses Gebietes ist mit ziemlich dicken, diffusen Auflagerungen versehen, die aus schmutziggrauen bis gelblichen, sehr trockenen spröden Massen bestehen, die sehr fest haften. Vielfach sieht man kleine, etwa rübsamengroße, rundliche, flache, schalenartig im Zentrum gedellte Gebilde von exquisit schwefelgelber Farbe, die meist von einem Haare zentriert sind. An einigen etwa $^1/_2$ Markstück großen Stellen, an welchen sich keine Auflagerungen finden, fehlen die Haare gänzlich; die Haut zeigt hier eine bläulichrote Farbe und ist deutlich narbig verändert. Versucht man die Auflagerungen abzulösen, so entstehen kleine napfartig vertiefte, feucht glänzende, leicht blutende Substanzverluste.

Am linken Oberarm im oberen Drittel an der Innenfläche sechs zirka linsengroße Flecken, ziemlich scharf umschrieben, von blaßrosa Farbe, welche auf Druck verschwindet. Die Effloreszenzen zeigen eine weißliche Abschuppung wie bei Pityriasis rosea; nirgends Bläschen. An der ulnaren Seite des linken Unterarmes, im mittleren und unteren Dritte,

Digitized by Google

eine weitere Gruppe von zirka zehn solchen Effloreszenzen; dieselben sind weniger scharf umrissen, auch zeigen einige derselben eine etwas dunklere Schattierung. Auf der Dorsalfläche des linken Unterarmes im unteren Drittel und auf dem Handrücken vier Effloreszenzen derselben Größe, nicht schuppend, mit glänzender Oberfläche. Am rechten Arm finden sich unterhalb der Axilla und oberhalb des Handgelenkes dorsal je zwei linsengroße Flecke.

An beiden Mammae am unteren äußeren Quadranten je ein Fleck, an der linken Thoraxseite drei dicht untereinander stehende Flecken, an der linken Nateshälfte eine Effloreszenz.

Unter beiden Hüftgelenken mehrere hanfkorngroße Flecken, welche im Zentrum zerkratzt und mit Blutkrusten belegt sind, in den peripheren Teilen aber dieselben Eigenschaften zeigen wie die übrigen Effloreszenzen. An den unteren Extremitäten finden sich nur an der Streckseite des rechten Unterschenkels in disseminierter Aussaat mehrere rundliche bläulichrosarote, mattglänzende Flecken, die nur wenig schuppen. Finger- und Fußnägel normal.

Fig. 1 (Fall V).

Fall V: H. J., 28 Jahre, Arbeiter der Spielwarenbranche, aus Biberach in Württemberg gebürtig, seit Januar in Leipzig, aufgenommen am 2. V. 1907.

Seit 14 Tagen bemerkt Patient leicht schuppende Stellen im Bereich des Bartes. Zwei am Hals befindliche entwickelten sich seit ca. 5—6 Tagen zu schwefelgelben Krusten. Es besteht kein Jucken. Ein Arbeitskollege des Kranken soll einen ähnlichen Ausschlag im Gesicht haben. Patient ließ sich in Leipzig-Lindenau alle 14 Tage einmal beim Barbier rasieren. Ob in der Familie, wo Patient wohnt, irgend jemand in gleicher Weise erkrankt sei, weiß er nicht anzugeben. Mit Hunden, Katzen oder Mäusen ist er nicht in Berührung gekommen.

Kräftig gebauter Patient in mittelgutem Ernährungszustande. Im Bereich des Bartes, links vor dem Ohr über dem Masseter und am Kinn rechts entlang dem ab- und aufsteigenden Unterkieferast, weiter seitlich am behaarten Hals, weniger zwischen Kinn und Schildknorpel, linsen- bis pfenniggroße blaßrote, scheibenförmige unregelmäßige, zackig-buchtig konturierte, fein schuppende Effloreszenzen. Rechts etwa in der Mitte des absteigenden Unterkieferastes eine bohnengroße, mit schwefelgelben, unregelmäßig höckerigen, bröckligen, trockenen Krusten bedeckte Effloreszenz. Links im Bartbereiche am Hals in einem pfenniggroßen geröteten, schuppenden Bezirk hirsekorngroße, schwefelgelbe, kaum über das Hautniveau erhabene, flach dellige, schüsselförmige und konzentrische Schichtung aufweisende, trockene, kreisrunde Effloreszenzen,

Digitized by Google

die im Zentrum von einem Haare durchbohrt sind. Der behaarte Kopf, bis auf eine mäßige, feinblättrige Abschuppung frei, ebenso der übrige Körper. Am Genitale Pediculi pubis. Die Fingernägel am freien Rand wie gesägt oder angenagt aussehend.

In weiterem Verlaufe entwickelten sich links vor dem Ohr und in der Halskinnfurche deutliche mohnkorn- bis linsengroße Skutula, dieselben sind meist von einem Haare durchbohrt; die beiden am Halse befindlichen sind vergrößert und zeigen nach Entfernung der Favusmasse eine feuchtglänzende, napfartige Vertiefung der Haut. Die herpetischen Effloreszenzen schuppend.

Fall VI. T. R., 20 Jahre, Schlosser, aufgenommen am 22. VII. 1907.

Der Hautausschlag auf dem Kopfe besteht, solange sich P. zu erinnern vermag. Er stammt aus Brandis bei Wurzen in der Leipziger Gegend und hat diesen Ort seit dem 13. Lebensjahre nicht verlassen.

Seine Mutter soll ein ähnliches Leiden gehabt haben; von zehn Geschwistern leiden drei (zwei Brüder und eine Schwester) seit der frühesten Kindheit an demselben Leiden.

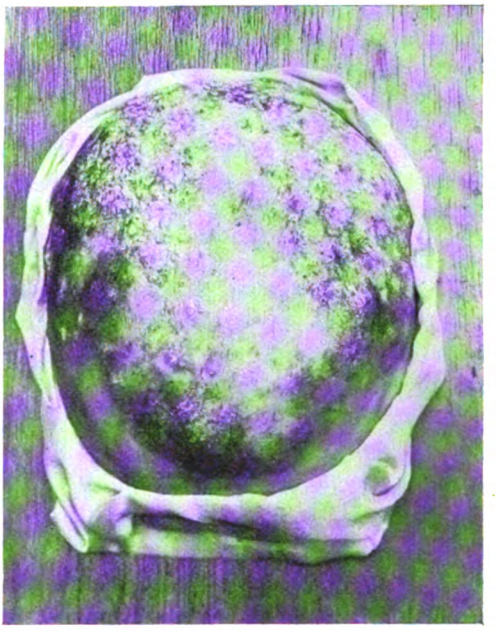


Fig. 2 (Fall VI).

Mittelgroßer, kräftig gebauter Patient in gutem Ernährungszustand. Die behaarte Kopfhaut ist fast in ihrer gesamten Ausdehnung von der Stirnhaargrenze bis an den Wirbel einerseits, anderseits bis drei Finger breit oberhalb der Ohren affiziert. In den vorderen zwei Dritteln und den zentralen Partien ist die Kopfhaut narbig, atrophisch. In diesen Bereichen einige gerötete follikuläre Knötchen mit gelblichweißen, dünnen Krusten. Im übrigen ist die Haut mit schmutzigweißen und gelben Schuppenauflagerungen bedeckt. Zwischen diesen befinden sich rübsensamen- bis hanfkorngroße, kreisrunde, schüsselförmige, im Zentrum vertiefte strohgelbe Auflagerungen, die von ein oder mehreren Haaren durchbohrt werden. Dieselben sitzen der Epidermis fest auf, bei Entfernung derselben bleibt ein kleiner lackglänzender, serös nässender, napfförmiger Substanzverlust zurück. An einigen Stellen sieht man die Anfangsstadien dieser typischen Skutula, nämlich durch die oberste Hornschicht durchscheinende gelbe, krebsaugenartige Pünktchen.

Die Affektion macht sich durch den typischen Mäusegeruch bemerkbar.

Im ganzen Bereich der Affektion ist die Behaarung eine sehr schüttere; an einigen Stellen ist es zur völligen Kahlheit gekommen; während im normalen Bereiche des Kapillitium die Haare glänzend, weich und von dunkelbrauner Farbe sind, sind sie im affizierten Gebiet glanzlos, wie abgefressen, leicht brüchig. Die Nägel normal.

Digitized by Google

Fall VII: P. F., 11 Jahre, aus Pragweda in Westfalen, aufgenommen am 16. II. 1912.

Das Leiden besteht seit Ende des ersten Lebensjahres und war angeblich nach dem Impfen aufgetreten.

P. dem Alter entsprechend groß, in mittlerem Ernährungszustande. Fast von der Stirnhaargrenze bis zum Wirbelbereich, lateral bis zwei Querfinger breit oberhalb der Ohren sich erstreckend, befinden sich scheibenförmige, orbikulär begrenzte, scharf umschriebene, bis flachhandgroße blaßrote Erkrankungsbezirke, die mit reichlichen feinkleiigen Schuppenauflagerungen bedeckt sind. Behaarung in diesen Gebieten stark gelichtet. Auch gegen die Nackenhaargrenze hin einige linsengroße Herde.

Unter exspektativer Behandlung (trockenen Verbänden) Zunahme der Schuppenbildung, typischer Mäusegeruch über den Effloreszenzen, sowie Entwicklung napfförmig gedellter Skutula. Die Haut um diese Auflagerungen leicht gerötet. Später Entfernung des Favusrasens mit Pinzette, hierauf Unguentum boricum. Im Bereich der abgeputzten Favusfläche lebhafte Tendenz zu neuerlichen Rezidiven unter Borsalbe. Röntgenbestrahlung. Im Anschluß daran Behandlung der Gebiete mit Unguent. Dreuw. Nach fünfmaliger Röntgenbestrahlung keine Tendenz zur Krustenbildung. Entlassung.

Wiederaufnahme am 28. X. 1912.

14 Tage nach der Entlassung soll das Hautleiden wieder aufgetreten sein. Vom Scheitel nach vorn hin die Haut weißlich zartnarbig. In diesem Narbenbereich die Behaarung äußerst schütter. Seitlich vom Scheitel gegen das Schläfenbereich die früher geschilderten Krankheitsherde, in welche die Haare pinselförmig eingebacken sind. Im Nackenbereich, ferner in der oberen Glutäalgegend, an der vorderen Achselfalte, in den Armbeugen und verstreut an den Oberschenkeln sowie in der Kniekehle bis markstückgroße, blaßrote, unscharf begrenzte, hin und wieder hellrote, feinkleiig schuppende Krankheitsherde.

Behandlung: Außer zehnmaliger Röntgenbestrahlung auch noch Anwendung der Dermolampe. Entlassung in geheiltem Zustande.

Außer diesen sieben Fällen wurde 1903 noch ein weiterer achter Fall von ausgedehntem Favus capillitii, der seit der Kinderzeit bestand und einen etwa 33 Jahre alten Arbeiter aus den Rheinlanden betraf, in der hiesigen Klinik behandelt; es konnte aber die Krankengeschichte nicht aufgefunden werden. Ferner kamen der Poliklinik noch vier Fälle von wohl hierzulande akquiriertem Favus zur Beobachtung, nämlich 1900 zwei Brüder von 13 und 15 Jahren aus Leipzig-Reudnitz mit Kopffavus, sowie 1905 ein 28jähriger Eisenbohrer aus Leipzig-Lindenau mit spontan abgeheiltem Favus, und 1909 ein in der hiesigen Nervenklinik untergebracht gewesener 47jähriger Invalide mit Favus capillitii. Von außerdeutschem, durchwegs bei Polen und Russen beobachtetem Kopffavus standen in der Zeit von 1902—1909 im ganzen elf Fälle in Behandlung, einschließlich drei Hochschüler, welche eigentlich wegen anderer Affektionen die Poliklinik aufsuchten und ausgedehnte narbige Kahlheit zeigten, die zweifellos auf abgelaufenen Favus zu beziehen war.

Digitized by Google

Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.

Von

Dr. B. PONTOPPIDAN,

Assistent am Rudolf Berghs-Hospital in Kopenhagen.

Die ersten Mitteilungen über Fluor albus bei kleinen Mädchen findet man in der Literatur von der Mitte des 18. Jahrhunderts ab, die veröffentlichten Fälle wurden aber als eine Art frühreifer Entwicklung der Genitalien, analog der Menstruatio praecox, betrachtet. Erst zu Ende des Jahrhunderts wurde der Ausfluß als ein wirkliches krankhaftes Symptom, allerdings aber wieder unter dem Einflusse der Identitätslehre J. HUNTERS, von den meisten Autoren gleich der Coryza und Ophthalmoblennorrhoe als kongenitale Syphilis betrachtet. Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde die Krankheit zwar von der Syphilis abgetrennt, aber gleichzeitig die Bedeutung des Genitalflusses bei kleinen Mädchen immer mehr vernachlässigt, indem man die Krankheit von demselben Gesichtspunkte aus wie RICORD die Gonorrhoe im allgemeinen betrachtete, nämlich als katarrhalischen Prozeß ohne spezifische Ursache, als eine durch lokale Irritamente (Oxyuren, Manustupratio o. a.) hervorgerufen, besonders von „skrophulöser Diathese" abhängige Leukorrhoe. Der Name „Vulvovaginitis" wird zum erstenmal in einer Arbeit von BEHREND (1848) gebraucht; dieser Autor teilt die Krankheit in mehrere Formen ein, aber erwähnt nichts von gonorrhoischer Infektion. Erst 1860—1870 wurde von englischen Ärzten zwischen „Gonorrhoe" und „Leukorrhoe" bei kleinen Mädchen unterschieden, aber ebenso wie bei der Gonorrhoe des Weibes stets ein direkter genitaler Kontakt als Ursache der „Gonorrhoe" angenommen; gleichzeitig mußte man aber gestehen, daß klinisch kein Unterschied bestand. Erst 1883 wurde von POTT die Auffassung verteidigt, daß die spezifische Vulvovaginitis eine häufige Krankheit im Kindesalter sei, und daß sie am häufigsten indirekt übertragen würde. Trotzdem der Gonokokkus bereits seit 1879 bekannt war, meinte POTT, daß man den Eiter bei dieser spezifischen Vulvovaginitis mikroskopisch von anderen purulenten Sekreten der Schleimhäute nicht unterscheiden könne. E. FRÄNKEL in Hamburg hat 1885 als der erste die Gonokokken im Sekrete gesehen und sie als spezifische Ursache der Krankheit aufgefaßt. In den folgenden Jahren entstanden zahlreiche Arbeiten über diesen Gegenstand, und sprachen sich zumeist gleich wie FRÄNKEL aus.

War jetzt eine gewisse Einigkeit über Häufigkeit und Ätiologie er-

Digitized by Google

reicht, so bestand immer noch eine große Meinungsverschiedenheit über Behandlung, Prognose, Komplikationen und den Zeitpunkt des Einsetzens der Krankheit im Kindesalter. Während z. B. Monod (1893) bei Behandlung mit Sol. kal. hypermang. in 14 Tagen Heilung erzielen wollte, meinten Epstein (1891) und Currier (1889), daß die Krankheit oft schon bei der Geburt erworben, trotz eingreifender Behandlung noch beim erwachsenen Weibe persistierte. Von Cahen-Brach (1892) wurde eine möglichst schonende Behandlung angeraten, während Gross (1893) unter Kokainanästhesie mit 1 ‰iger Sublimatlösung die Schleimhaut der Urethra pinselte und die Vagina ausspülte. Mehrere Autoren geben an, daß Komplikationen selten seien, erst Marfan (1900) fand sowohl Metritis, Salpingitis, Peritonitis und Oophoritis, als Ophthalmoblennorrhoe und Arthritis, bisweilen selbst Endokarditis und Pleuritis. Die meisten Beobachter sehen den Ausbruch der Krankheit zwischen dem zweiten und zehnten Jahre, doch wechseln zwischen diesen Grenzen die Angaben beträchtlich.

Eine kurze Darstellung, wie es in unserer Stadt um diese Krankheit steht und wie ihre Prognose ist, dürfte demnach nicht ohne Interesse sein.

Die in Kopenhagen vorkommenden und im Hospitale behandelten Fälle von Vulvovaginitis infantum sind in den beiden großen venerologischen Abteilungen der Stadt (Rudolf Berghs-Hospital und IV. Abteilung des Kommunehospitals) behandelt worden. Bei Durchsicht der Jahresberichte dieser Abteilungen werden in den Jahren vor 1884 überhaupt keine Fälle von Vulvovaginitis infantum gefunden. Erst in diesem Jahre sind drei Kinder unter dieser Diagnose behandelt worden. 1885 bis 1890 sind jedes Jahr durchschnittlich fünf Mädchen in Behandlung gewesen; es wurde notiert, daß die Krankheit von Unreinlichkeit und Masturbation stammen dürfte, und daß man vergebens nach Gonokokken im Sekrete gesucht habe. 1891 wurde zum erstenmal eine Trennung zwischen Vulvovaginitis gonorrhoica und simplex vorgenommen und 9 und 15 Kinder sind wegen dieser Krankheit behandelt worden; es findet sich die Bemerkung, daß die Unterscheidung zwischen beiden Affektionen schwierig oder unmöglich sei und gleichgültig für die Behandlung, die immer eine langwierige ist.

In den folgenden Jahren wurden jedoch die Gonokokken in den meisten Fällen nachgewiesen, und gleichzeitig ist eine stetige Zunahme der Patienten zu bemerken. 1896 wurden 20, 1900 bereits 31 und 1903 sogar 50 Patienten behandelt, und in den letzten Jahren sind durchschnittlich 70 Fälle in Behandlung gewesen.

Von Komplikationen wurde 1892 zum erstenmal Ophthalmoblennorrhoe in drei Fällen notiert; später wurden verschiedene Kom-

Digitized by Google

plikationen gesehen, aber nur in geringer Zahl. Unter 779 seit 1896 in Behandlung gewesenen Fällen wurde gefunden:

24 mal Bartholinitis,
10 „ Proktitis,
7 „ Ophthalmoblennorrhoe,
7 „ Arthritis,
5 „ Salpingitis,
1 „ Endometritis,

im ganzen 54 Fälle mit Komplikationen oder 6,8 %.

Um etwas über die Prognose zu erfahren habe ich sämtliche Journale der letzten sieben Jahre durchgesehen, um die Adressen der Kranken zu ermitteln. Dies ist in 79 Fällen (ca. 22 %) gelungen. Nur 17 von diesen konnten untersucht werden, aber in keinem Falle war mehr Gonorrhoe vorhanden. Was die übrigen 62 betrifft, so waren deren Mütter so sehr von der völligen Genesung ihrer Kinder überzeugt, daß sie eine Untersuchung als unnötig verweigerten.

Von diesen 62 Patienten waren 15 ein- oder mehrmals kürzere oder längere Zeit nach der Entlassung aus dem Hospitale ärztlich untersucht und gesund befunden worden. Eine Patientin war im Hospital wegen eines Rezidivs und eine war neulich entlassen nach einem Rezidiv im Jahre 1914. In zwei Fällen sind die Patienten im Jahre 1907 und 1909 mit positivem Gonokokkenbefund nach einer Krankenhausbehandlung von 78 und 16 Tagen entlassen worden, später sind sie zwar nicht mehr in Behandlung gewesen, doch zeigten sie auch mehrere Jahre später keinerlei krankhaftes Symptom, was dafür spricht, daß die Krankheit auch ohne Therapie eine Neigung zur Genesung hat.

Die 318 Patienten, die 1907—1913 eine Behandlung durchgemacht haben, sind größtenteils nur einmal im Hospitale gewesen, jedoch sind

43 Fälle 2 mal
6 „ 3 „
1 Fall 4 „
und 3 Fälle 5 „

in Behandlung gewesen. Die Majorität (70 %) der einmal behandelten Fälle ist zwischen 20 und 110 Tagen im Hospitale behandelt worden, während 55 % 20—70 Tage in Behandlung waren. Die mehrmals behandelten Patienten sind bei jedem Aufenthalte durchschnittlich ebenso lange im Hospitale gewesen als die bloß einmal behandelten Patienten.

In den meisten Fällen war es augenscheinlich ein Rezidiv, wenn die Patienten zum zweiten- oder drittenmal in das Hospital nur wenige Wochen nach der Entlassung kamen; in einigen Fällen aber betrug das Intervall zwischen den beiden Hospitalsaufenthalten mehrere Monate bis

Digitized by Google

zwei Jahre, und die Möglichkeit einer Reinfektion scheint hier die naheliegendere zu sein.

Ebenso wie in anderen Städten rekrutieren sich hier die meisten Patienten aus den ärmeren Bevölkerungsklassen. Hierdurch wird zwar die allgemeine Bedeutung der schlechten hygienischen Verhältnisse klar gemacht, den Infektionsmodus jedoch genauer zu bestimmen ist nur in sehr wenigen Fällen gelungen. Nur in ein oder zwei Fällen war von Stuprum die Rede.

Das Alter der Patienten variiert zwischen einigen Monaten und 14 Jahren. Graphisch dargestellt würde die Anzahl der Patienten in den verschiedenen Altersklassen eine Kurve bilden, deren steile Crus ascendens beim zweiten Jahre sein Maximum erreicht, während von hier die Kurve wieder herabfällt — erst schroff, später mehr allmählich.

Die Behandlung bestand bei uns, wie wohl auch anderwärts, in Applikation von Lapis und anderen Argentumpräparaten, die Konzentration der Lösungen aber hatte im hohen Grade gewechselt, wie auch die Applikation auf verschiedene Weise vorgenommen wurde (Injektionen, große Irrigationen usw.); auch Sol. Kal. permang. und Ichthyol-, Resorzin-, Zink- und Kupferlösungen sind einigemal als Therapeutika angeführt.

Resümee: Die gonorrhoische Vulvovaginitis ist im Kindesalter *eine* häufige Krankheit, die meist, durch indirekte Infektion hervorgerufen, im zweiten Lebensjahre beginnt. Die Behandlung dauert in der Regel mehrere Monate, bisweilen mit Exazerbationen und Remissionen selbst mehrere Jahre; das Resultat scheint aber in allen Fällen Genesung zu sein, und es ist nicht anzunehmen, daß die Krankheit sich bis in das erwachsene Alter fortsetzt.

Bücherbesprechungen.

Über die sexuelle Verantwortlichkeit, von Touton-Wiesbaden. (Flugschrift der D. G. B. G., Heft 10. Leipzig 1915, Joh. Ambr. Barth.) Auch dieser Vortrag wird viel Segen stiften, falls für seine Verbreitung Sorge getragen wird; hoffentlich ist er bald in allen Schulbüchereien anzutreffen. S. Levy-Hamburg.

Wie schützen wir uns vor den Geschlechtskrankheiten und ihren üblen Folgen? von F. Block-Hannover. (Flugschrift der D. G. B. G., Heft 3. Leipzig 1915, Joh. Ambr. Barth.) In hervorragend klarer und eindringlicher Weise belehrt Verfasser über Entstehung, Prophylaxe und Therapie der Geschlechtskrankheiten. Die Schrift, die dem Arzte naturgemäß nichts Neues bietet, erscheint wie kaum eine zweite geeignet, Segen zu stiften; ihre Verbreitung sollten sich weiteste Kreise angelegen sein lassen. S. Levy-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Bedeutung der sekundären Infektion für die Diagnose der Syphilis, von E. M. Corner. (Lanc., 22. August 1914.) Verfasser meint, daß eine sekundär eintretende Infektion die syphilitischen Symptome mehr hervortretend und besser erkennbar macht, z. B. bei Indurationen des Präputiums und Geschwüren im Munde.

H. Boas-Kopenhagen.

Neuere Ergebnisse der Syphilispathologie, von Richard Frühwald. (Klin.-ther. Wschr., 1915, 3—6.) Vorliegende Arbeit aus Rilles Klinik gibt in klarer, übersichtlicher Darstellung bei vorzüglicher Beherrschung des ganzen Materials in kurzen Zügen eine Übersicht über das Wichtigste, was die neueren Forschungsmethoden auf dem Gebiete der Syphilispathologie geleistet haben. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedene Typen von Syphilis, von W. E. Robertson und J. V. Klander-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 16. Januar 1915.) Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems haben Verfasser teils die direkte interspinale Injektion von Neosalvarsan in Dosen von 0,006—0,02 g, teils die Methode von Swift und Ellis, teils eine Kombination von diesen beiden Verfahren angewandt. Die direkte Injektion wurde bei elf Fällen angewandt, doch sind Verfasser der Meinung, daß dies Verfahren wegen der starken Reizwirkung weniger zu empfehlen ist. Für die Injektion von salvarsanisiertem Serum empfehlen Verfasser, die Blutentnahme schon 30—45 Minuten nach der intravenösen Injektion auszuführen. Dies begründen sie durch einige Versuche, bei denen sie das Serum auf die Anwesenheit von Arsenik nach der Abelinschen Methode prüften, und bei denen sie $1^1/_2$ Stunden nach der intravenösen Injektion von 0,9 Neosalvarsan in keinem Falle ein positives Ergebnis erhielten, wohl aber schon nach 10 und 15 Minuten. Im Urin ist allerdings die Reaktion viel länger nachweisbar.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Kombination von Karzinom, Syphilis und Tuberkulose bei einem und demselben Individuum, von E. Kellert-Boston. (J. Am. m. Assoc., 21. Nov. 1914.) Eine 39jährige verheiratete Frau kam mit einer Anamnese von einer seit etwa drei Jahren bestehenden Schwäche der unteren Extremitäten und später einsetzenden Schlingbeschwerden, sowie einem seit zwei Monaten bestehenden Husten mit Auswurf zur Aufnahme. Es bestanden deutliche, wenn auch nicht sehr hochgradige Zeichen von Tabes dorsalis; eine einmalig ausgeführte Wassermannsche Reaktion fiel allerdings negativ aus, und es wurde jegliche Infektion geleugnet. Patientin hat zwei gesunde Kinder geboren, niemals abortiert. Die Kopfbildung und die Form der Nase legten den Verdacht auf hereditäre Syphilis nahe. Die intra vitam gestellte Diagnose von Lungentuberkulose und Ösophaguskrebs mit Metastasen an Halslymphdrüsen wurde durch die Autopsie bestätigt. Das Rückenmark zeigte Degenerationserscheinungen namentlich an den Gollschen und den Burdachschen Strängen. A. Philippi-Salzschlirf.

Einfluß der Behandlung der schwangeren syphilitischen Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis, von José S. Covisa. (Rev. clin. Madrid, 1. Oktober 1913.) Von neun syphilitischen Frauen, die während der Gravidität mit Neosalvarsan behandelt wurden, gebar nur eine frühzeitig ein totes, syphilitisches Kind; sie war bei der Konzeption infiziert worden und hatte sich sehr spät in Behandlung begeben. Die übrigen

Digitized by Google

acht Frauen gebaren zur normalen Zeit; ein Kind, dessen Mutter ebenfalls sehr spät zur Behandlung gekommen war, hatte syphilitische Erscheinungen. Die übrigen Kinder kamen anscheinend gesund zur Welt; zwei wurden nicht mehr gesehen, drei blieben bei weiterer Beobachtung gesund. Die zwei übrigen zeigten nach zwei bzw. acht Monaten syphilitische Erscheinungen. R. Frühwald-Leipzig.

Die latente Syphilis des Kindes- und Jünglingsalters. Verfasser ungenannt. (Morgagni, 1914, Nr. 66.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig

Gegen die Kindersterblichkeit durch Erbsyphilis, von E. Ehlers. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Im Rahmen eines Vortrages bespricht Verfasser die Entwicklung der Lehre von der Erbsyphilis; er steht auf dem Standpunkte, daß es eine Erbsyphilis ohne Syphilis der Mutter nicht gebe. An der Hand von Tabellen zeigt Ehlers den verderblichen Einfluß der Syphilis auf die Nachkommenschaft und beschreibt das von Welander gegründete Asyl für erbsyphilitische Kinder. R. Frühwald-Leipzig.

Die Laboratoriumsuntersuchung zur Diagnose der Frühstadien der hereditären Syphilis, von C. G. Grulee-Chicago. (Am. J. m. sc., November 1914.) Auf Grund einer kurzen Zusammenstellung aus der Literatur und seiner eigenen Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Für die Zeit zwischen der Geburt und der Entwicklung klinischer Symptome gibt es für die latente hereditäre Syphilis zurzeit noch keine pathognomonische Reaktion. In diesem Stadium ist die Wassermannsche Reaktion unzuverlässig, und die Bestimmung des Globulins und der Zellen in der Zerebrospinalflüssigkeit gibt nur einen schwachen Anhaltspunkt. Dagegen kann die Langesche Goldchloridreaktion als aussichtsreich bezeichnet werden, und von der Luetinprobe ist zu sagen, daß sie bisher bei Nichtsyphilitischen regelmäßig negativ befunden wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Hereditäre Syphilis mit Bezug auf klinische Psychologie und Psychopathologie. von J. V. Haberman-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 14.) Gibt einen Überblick über den heutigen Standpunkt der Wissenschaft über dieses Thema mit zahlreichen Anführungen aus der Literatur, namentlich der deutschen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei älteren Heredosyphilitikern, von Halina Przedpelska. (W. m. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser hat an zehn Fällen von älterer Erbsyphilis, bei denen das floride Stadium schon längere Zeit zurücklag, das Lumbalpunktat untersucht. Es fand sich dreimal Lymphozytose, zweimal Eiweißvermehrung und dreimal positive Wassermannsche Reaktion. Es geht daraus die Wichtigkeit der Liquoruntersuchung bei Erbsyphilis hervor.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Späterscheinungen der hereditären Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der Arterienerkrankungen, von H. F. Stoll-Hartford. (J. Am. m. Assoc., 31. Oktober 1914.) Die ätiologische Bedeutung der hereditären Syphilis bei sehr vielen sonst unerklärlich erscheinenden Fällen wird vom Verfasser an der Hand von mehreren sorgfältig aufgestellten Krankengeschichten sehr anschaulich bewiesen. Er hat bei 68 Patienten, teils Erwachsenen, teils Kindern (mit Ausschluß von Säuglingen), seine Untersuchung durch Anwendung der Luetinprobe ergänzt und bei 52 auch die Wassermannsche Reaktion ausgeführt; er erhielt mit letzterer 17% und mit ersterer 56% positive Resultate. Bei mehreren der geschilderten Fälle bestätigte auch der gute Erfolg der antisyphilitischen Behandlung auch die Diagnose. Verfasser empfiehlt, sich nicht auf eine der beiden Proben allein zu verlassen, sondern in allen zweifelhaften Fällen alle beide auszuführen. Besonders frappant sind die hier geschilderten Fälle, welche sonst glatt als Herzfehler, Arteriosklerose und auch als Neurasthenie zu deuten waren

Digitized by Google

und nur durch die Anwendung der Luesreaktion ihrem wirklichen Wesen nach erkannt wurden. Bei einigen Kranken schien die Annahme gerechtfertigt, daß sich die Syphilis bis ins dritte Glied fortgepflanzt hatte. A. Philippi-Salzschlirf.

Hämophilie und hereditäre Syphilis, von Rille. (M. Ges. zu Leipzig, 17. Nov. 1914; M. m. W., 1915, Nr. 4.) Wohl infolge der Bluterkrankheit bestand bei einem eine Woche alten Kinde die denkbar schwerste Form von Syphilis haemorrhagica neonatorum, die freilich an sich nichts mit Syphilis zu tun hat. Die Hämophilie war vom Vater ererbt; im Blute kernhaltige Erythrozyten und große mononukleäre Leukozyten. A. Gappisch-Leipzig.

Ein Fall von hereditärer Lues bei einem Erwachsenen, von Dagny Bang-Christiania. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforening, 1914, Nr. 24.) Es handelt sich um eine 20jährige Fabrikarbeiterin, deren Mutter sich mit 20 Jahren infiziert hatte (Halsaffektion). Zwei Jahre nach der Infektion hatte sie sich verheiratet; sie hat sieben gesunde Kinder geboren, wovon drei frühzeitig gestorben sind, das erste nach vier Wochen an „Eiterbeulen", eins durch Diarrhoe nach vier Monaten und eins am Keuchhusten. Die Kranke war das zweite Kind, hatte bei der Geburt Schnupfen und war immer „schwächlich". Mehrere Male hatte sie ausgesprochene Symptome von Lues. Ein halbes und ein Jahr alt wurde sie spezifisch behandelt. Mit drei Jahren bekam sie Rachitis, mit sechs Jahren „Geschwüre" im Gesicht, mit elf Jahren ein kraterförmiges Geschwür im weichen Gaumen, und ein Jahr später ein Geschwür am Unterschenkel. Vor 14 Tagen wurde sie heiser und bekam Husten. Gesichtsfarbe „lehmig" (Fournier). Narben an den Mundwinkeln. Nasenschleimhaut normal. Stirn und Ossa frontalia stark entwickelt. Assymmetrie des Gesichts und des ganzen Kopfes. Spur von Hutchinsons Zähnen. Narbe am Gaumen usw. Am Perineum ein torpides Geschwür (Patientin ist virgo), das wie ein zerfallenes Gumma aussieht. Spezifische Behandlung (Jodkalium und Hg) hatte eine schnelle Besserung des ganzen Zustandes zur Folge. Verfasser hebt die Notwendigkeit einer frühen Diagnose hervor, damit die spezifische Behandlung so schnell wie möglich eingeleitet werden kann. W. Holland-Christiania.

Beitrag zur Kenntnis der Leukoenzephalitiden bei Erbsyphilis, von Rinaldo Pellegrini. (Morgagni, April 1914.) Ausführliche pathologisch-anatomische Beschreibung eines 3 Tage alten, rechtzeitig geborenen Kindes einer sicher syphilitischen Mutter. Der Fall ist bemerkenswert durch eine äußerst akute hämorrhagische Enzephalitis mit minimaler Beteiligung der Meningen; in den Blutungen wurden zahlreiche Spirochäten gefunden. Die Plexus zeigten hyaline Degeneration der arteriellen Gefäße. Außerdem fand sich im Herzen eine schwere interstitielle Myokarditis und in einzelnen Zonen eine Entwicklungshemmung der Muskelzellen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Nebenniere bei Syphilis congenita, von M. Simmonds. (Virch. Arch., 1914, Bd. 218, H. 2.) An der Hand von 18 untersuchten Fällen von Syphilis congenita kommt Verfasser zu dem Resultat, daß die bei weitem häufigste Veränderung der Nebenniere die Perihypernephritis syphilitica ist. Der Prozeß beschränkt sich nicht auf die Kapsel, sondern ist meist begleitet von einer Randatrophie der Rinde. Die Perihypernephritis kann sich mit entzündlichen Prozessen des Parenchyms, mit gummösen Bildungen und Nekroseherden kombinieren, doch treten alle diese Veränderungen, was die Häufigkeit betrifft, ganz in den Hintergrund. An acht mikroskopischen Textfiguren weist Verfasser die pathologischen Veränderungen der Nebennierenkapsel nach. E. Brinitzer-Altona.

Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Skelettveränderungen bei kongenitaler Syphilis und ihre Heilungsvorgänge, von H. Löhe-Berlin. (Virch. Arch., 1915, Bd. 220, H. 1.) Zur Klärung der Frage, in welcher Weise sich die Reparation der durch die Osteochondritis syphilitica gesetzten Veränderung am

Digitized by Google

Skelett vollzieht, untersuchte L. das Knochensystem von 60 kongenital syphilitischen Kindern, sowohl pathologisch-histologisch, als auch röntgenologisch. Er konnte die bekannte Tatsache nochmals bestätigen, daß in allen Fällen von kongenitaler Syphilis typische Erkrankungen an dem Skelettsystem in Form der Osteochondritis syphilitica sich finden. (Das Röntgenverfahren ist ein den makroskopisch-anatomischen Untersuchungen überlegenes, in klinisch- und pathologisch-anatomischer Hinsicht wertvolles Hilfsmittel, wenn es auch die mikroskopische Untersuchung nie wird ersetzen können.) Als wichtigstes Ergebnis der Untersuchungen muß die Feststellung angesehen werden, daß im histologischen Bilde unbehandelter und behandelter Fälle von kongenitaler Syphilis des Knochensystems sich ein Unterschied insoweit findet, als in den unbehandelten Fällen die Granulationsgewebsherde keine oder doch nur eine ganz verschwindende Zahl von Gefäßen aufweisen, während in den behandelten Fällen die äußerst reiche Vaskularisation durch große und kleine Gefäße in und um die Herde in die Augen fällt.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Syphilis ossea hereditaria tarda, von Riosalido. (Rev. Ibero-Am. ciencias med., November 1914.) Der 23jährige Patient hatte einen stark deformierten linken Unterarm; entsprechend dem unteren Radiusdrittel und dem oberen Drittel der Ulna fand sich eine große Schwellung. Der Arm hatte dadurch „S"-Form. Der Patient zeigte außerdem Degenerationserscheinungen. Verfasser stellte die Diagnose Knochensyphilis, die durch den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bestätigt wurde. Die Röntgenaufnahme zeigte Kombination von Hyperostose und rarefizierender Ostitis. Besserung durch antisyphilitische Behandlung. R. Frühwald-Leipzig.

Zwei Fälle von hereditärer viszeraler Spätsyphilis, von V. Bellizzi. (Riforma m., 1915, Nr. 7—8.) Der erste Fall betraf eine 17jährige Patientin, die seit zwei Jahren an abwechselnder Verstopfung und Diarrhoe litt und wegen Leibschmerzen in Behandlung kam. Es fanden sich Leber und Milz enorm vergrößert. Diagnose: Splenohepatomegalia heredosyphilitica. Wassermann positiv, Besserung durch spezifische Behandlung.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine syphilitische Aortitis mit pleuralem Ergusse. Wassermann im Blute und in der Pleuraflüssigkeit positiv. Die Patientin starb. R. Frühwald-Leipzig.

Über die heutige unzureichende Behandlung der Lues congenita, von Ernst Welde-Leipzig. (Ther. Mh., 1914, Nr. 9.) Verfasser hat dem Schicksal von 200 an frischer Säuglingslues behandelten Kindern nachgeforscht. Von 154, die ermittelt werden konnten, waren 118 gestorben, von den übrigen 36 hatten 27 noch spezifische luetische Symptome, nur 9 waren gesund (auch mit negativer WR). Auf Grund derartiger Erfahrungen kommt Verfasser zu der Anschauung, daß die heutige Behandlung der Syphilis congenita unzureichend ist. Die gemeinhin für letztere gestellte üble Prognose sei aber nicht gerechtfertigt. Allerdings ist konsequente jahrelange Behandlung notwendig (sehr ausgiebige Applikation des Salvarsans ebenso wie des Hg). Dann ist es doch sehr wohl möglich, eine dauernd negative WR zu erzielen, wie Nachprüfungen salvarsanbehandelter Kinder ergeben haben. Neben der spezifischen Behandlung sei ebenso wichtig eine zweckmäßige Ernährung (auch künstliche) und die Vermeidung anderweiter Infektionen (des Respirationstraktus). Die der bisher so ungünstigen Prognosenstellung entspringende Indolenz weiter Kreise, auch der gesetzgebenden und Verwaltungsbehörden, gegenüber der Lues congenita sei nicht am Platze, da heute bereits (unbewußt) genügend Geld für luetische Kinder ausgegeben wird, nämlich in den Blinden-, Taubstummen-, Idioten-, Krüppelheilanstalten, deren Insassen, wie serologische Unter-

Digitized by Google

suchungen ergeben haben, zu einem großen Prozentsatz ihre Erkrankung der Lues congenita verdanken. E. Klemm-Leipzig.

Die Behandlung der Lues congenita mit Embarin, von Rom. Monti-Wien. (W. m. W., 1914, Nr. 47.) Auf Grund seiner Erfahrungen meint Verfasser, daß die Salvarsantherapie bei Lues congenita keine besseren Resultate zeitigt als eine Quecksilberbehandlung. Er schätzt die subkutane Einverleibung von Embarin, weil dieses Präparat bei größerem Hg-Gehalt eine relativ geringe toxische Wirkung entfaltet. Bei Säuglingen sind 3—4 und bei größeren Kindern 5—7 Teilstriche einer Grammspritze jeden 2.—3. Tag zu injizieren. Hierdurch lassen sich Merkurialismus und Folgezustände vermeiden. H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Augensyphilis, von G. Colombo. (Annali di Ottalmologia, Bd. 43, Nr. 9—12.) Verfasser glaubt auf Grund der Versuche anderer Autoren und der eigenen Beobachtungen folgendes behaupten zu können: Durch die Inokulation von syphilitischem Virus sowohl von menschlicher wie von tierischer Herstammung in die Augen von einigen Tierarten erhält man in einem großen Teil der Fälle die Entstehung von spezifischen Läsionen. Die zu derartigen Verimpfungen geeignetsten Tiere sind die Affen und die Kaninchen. Bei Kaninchen fällt die Impfung mit Reihenvirus von Kaninchen häufiger positiv aus und erzeugt ausgesprochenere Erscheinungen als die Inokulation mit Virus von anderer Herstammung. Am erfolgreichsten ist die Einimpfung des syphilitischen Virus in die Vorderkammer des Auges: man kann jedoch auch durch die Inokulation in die Dicke der Hornhaut oder in den Glaskörper oder durch Impfung auf die skarifizierte Hornhaut unter der Konjunktiva positive Resultate erzielen. Bei der Einimpfung in die Vorderkammer des Auges entwickelt sich am häufigsten eine parenchymatöse Keratitis: weniger ausgesprochene Alterationen entwickeln sich an der Iris und dem Ziliarkörper (Kerato-Iritis; Irido-Zyclitis). Die Inkubation dieser Prozesse dauert durchschnittlich 3—7 Wochen; sie kann jedoch mehr oder weniger dauern. Diese verschiedene Dauer der Inkubation hängt wahrscheinlich nicht von einer verschiedenen Virulenz des Virus, sondern davon ab, daß verschiedene Spirochätenmengen inokuliert werden. Bei der erwähnten Keratitis sind im Krankheitsherd stets mehr oder minder zahlreiche Spirochäten nachweisbar; zuweilen sind auch im Humor aqueus Spirochäten zu finden. Bei der Iritis wurden Spirochäten im Humor aqueus, aber keine im Regenbogenhautgewebe gefunden; wahrscheinlich ist das darauf zurückzuführen, daß die Keime in der Iris in spärlicher Zahl vorhanden sind. Die Spirochäten kann man in Abschnitten der Hornhautgewebe finden, die eine normale Transparenz haben; bei der Inokulation in die Augenvorderkammer scheinen die Spirochäten in das Hornhautgewebe einzudringen, bevor die Keratitis auftritt. Es kann bis jetzt nicht behauptet werden, ob und wiefern die Toxine eine Rolle bei der Entwicklung der spezifischen Alterationen spielen. Das von spezifischer Keratitis befallene Hornhautgewebe ist infektiös und kann zur experimentellen Syphilisinokulation dienen. Bei der experimentellen Augenlues ergibt die histologische Untersuchung im wesentlichen folgende Alterationen: a) in der Hornhaut: diffuse oder schichtenweise oder in Form von umschriebenem Granulom lokalisierte Infiltrate; Gefäßneubildung und Ödem; b) im korneo-skleralen Gewebe und im Ligam. pect.: Infiltrate; c) in der Iris und dem Corpus ciliare: Gefäßerweiterungen, fibrinöse Exsudate, diffuse und herdweise Infiltrationen, charakteristische Gefäßalterationen und perivasale Infiltrate; d) in der Chorioidea (äquatoriale Gegend): Gefäßdilatation. Die Infiltration besteht fast ausschließlich aus Uninukleiten mit zahlreichen Plasmazellen. Schwere, z. B. destruktive Alterationen der Hornhaut beobachtet man gewöhnlich nicht. Die Veränderungen des kornealen Stromas erfahren gewöhnlich eine vollständige Regression und die Horn-

Digitized by Google

haut nimmt wieder ihre vollkommene Transparenz an; nur ausnahmsweise, wenn die Keratitis einen schweren Charakter hat und länger dauert, können dauernde Hornhauttrübungen zurückbleiben. Nach der Heilung der Keratitis können eine oder mehrere Rezidive eintreten. Die Inokulation in das Kaninchenauge scheint in der Mehrzahl der Fälle nur eine lokale Erkrankung, ohne Invasion des übrigen Organismus zu erzeugen. Zuweilen entwickelt sich hingegen eine allgemeine Syphilisinfektion; das kann auch vorkommen, wenn die Inokulation nicht von der Entwicklung von lokalen Läsionen gefolgt wurde. Inokuliert man Kaninchen syphilitisches Material (oder Spirochätenkulturen) in das Skrotum, die Hoden, die Venen, die Arterien oder das Herz, so entwickelt sich mehr oder minder häufig eine allgemeine Syphilis, die sehr leicht zu Alterationen in den Augen führen kann. Die bisher beobachteten sekundären luetischen Läsionen der Augen bei Kaninchen bestanden in Keratitiden, Kerato-Iritiden und Irido-Zyklitiden. In mehreren Fällen wurden Spirochäten in der Hornhaut und im Humor aqueus gefunden. Diese sekundären Augenläsionen können ausheilen und können auch rezidivieren. Die Antiluetika üben einen sehr günstigen Einfluß auf alle okulären Manifestationen der experimentellen Syphilis aus. Ein Kaninchenauge, in dem sich eine experimentelle Keratitis entwickelt hat und das von derselben anscheinend geheilt ist, kann wieder mit Erfolg inokuliert werden. Dasselbe ist der Fall, wenn das betreffende Tier bei der ersten Inokulation auch in die Hoden oder in die Haut inokuliert wurde. Bei Kaninchen wurde bisher keine natürliche, absolute oder relative Immunität (Anergie) gegen Lues nachgewiesen. Alle Versuche, Kaninchen gegen Syphilis zu immunisieren, sind bis jetzt erfolglos geblieben. Bei der Kaninchensyphilis kann man der WR keinen Wert beilegen. K. Rühl-Turin.

Die Bedeutung der von J. Schereschewsky angeblich durch Syphilisspirochäten hervorgerufenen Keratitis parenchymatosa, von Schieck. (D. m. W., 1914, Nr. 49.) Nach den Versuchen Wesselys und den pathologisch-anatomischen Studien v. Szilys ist erwiesen, daß schon das Pferdeserum ohne jede Beimengung genau die gleichen Veränderungen am Kaninchenauge hervorruft, wie die von Schereschewsky verwendete anaërobe Kultur von Spirochäten in sterilem Pferdeserum.

E. Brinitzer-Altona.

Über ungewöhnliche Hautlues, von William P. Cunningham-New York. (New York m. J., 4. Juli 1914.) C. bringt eine übersichtliche Darstellung über eine Reihe ungewöhnlicher Formen von Hautsyphilis, die bekanntlich die Diagnose oft außerordentlich erschweren und von anderen Dermatosen zuweilen gar nicht oder nur vermittels der spezifischen Reaktionen — wenn diese vorhanden sind — zu unterscheiden sind. Schanker kann sowohl bezüglich Lokalisation wie Form vom Typus abweichen, z. B. nur eine oberflächliche Erosion darstellen, weshalb jeder, mehrere Wochen hindurch bestehender Substanzverlust am Penis auf Spirochäten untersucht und weiterer Beobachtung unterzogen werden soll. Sitzt eine solche Erosion noch extragenital, z. B. auf den Lippen, so wird sie wohl meist für Herpes, am Augenlide für Hordeolum gehalten; gleichzeitige Schwellung der benachbarten Drüsen ist immerhin ein wichtiger Hinweis auf Lues. Schanker können am Nasenwinkel, an der Zunge, Tonsille, Wange, an den Brustwarzen, am Anus, innerhalb der Harnröhre, an den Fingern, kurz überall, wo Haut oder Schleimhaut in Berührung mit dem Infektionsstoff kommen kann, sitzen. Anstatt der gewöhnlichen Sekundärerscheinungen (Roseola mit Schleimhautherden und allgemeiner Drüsenschwellung) kann ein papulöses Exanthem (miliar, klein- oder großpapulös), allein oder in Verbindung mit Roseola, zuweilen außerordentlich abschuppender Art, so daß man eine komplizierende Seborrhoea annehmen könnte, vorhanden sein. Einen wichtigen Fingerzeig bildet die Palpation bei all diesen weniger häufigen Hautsyphiliden:

Digitized by Google

sie liegen gleichsam fest in der Haut und nicht auf derselben. Die Gruppierung der Hauteruption, welche rund, oval oder serpiginös, ebenso wie meist ihre Form, ist von weiterer Bedeutung. Die luetische Eruption kann vesikulär, pustulös oder ulzerierend sein und kann auch gleichzeitig all diese Variationen haben. Sie kann Akne, Psoriasis, Lichen, Impetigo, Dermatitis seborrhoica, Pityriasis rosea, Variola, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris und Epithelioma vortäuschen. C. führt einige recht lehrreiche Beispiele dieser Art an, besonders von Verwechslung von Pityriasis rosea und von Variola mit Lues. Syphilis der Handteller wird gewöhnlich für Ekzema gehalten, zumal wenn auch erstere mit Jucken verbunden ist: Ekzema dehnt sich jedoch meist auf Thenar und Hypothenar und die seitlichen Teile der Hand aus, während Lues auf die Innenfläche beschränkt bleibt. Gummata, z. B. der Nasenflügel, werden nicht selten als Lupus vulgaris, solche am äußeren Gehörgang für Otitis media fälschlich behandelt. Das tuberkulöse, ulzerierende Syphiloderma, eine andere Form des Tertiärstadiums, ist eine noch häufigere Quelle diagnostischen Irrtums als Gumma-Verwechslung mit hartnäckiger Akne, mit oberflächlichem Epitheliom. Was schließlich die Hauterscheinungen bei hereditärer Syphilis betrifft, so glaubt Verfasser, daß sie in Zusammenhang mit anderen Symptomen, wie Koryza, Abmagerung, Heiserkeit leicht diagnostiziert werden können. Glücklicherweise haben wir nun in der Wassermannschen Reaktion und in der Dunkelfeldbeleuchtung (Spirochätennachweis) zwei Waffen, welche eine wertvolle Ergänzung des bisherigen diagnostischen Rüstzeuges bilden, aber immerhin, zumal bei ängstlichen Patienten, mit Vorsicht anzuwenden sind. M. Stern-München.

Über das Leukoderma syphiliticum, von A. Pasini. (Morgagni, Oktober 1914.) Allgemeine klinische, histologische und pathogenetische Besprechung des Leukoderma mit Anführung eigener Fälle von entstehendem Leukoderm. Verfasser vertritt die Ansicht, daß das Wesen des Leukoderms in einer netzförmigen Hyperchromie besteht und die weißen Flecke nur eine Kontrasterscheinung darstellen. R. Frühwald-Leipzig.

Latente und tertiäre Syphilis bei Erkrankungen der Nase und des Rachens, von C. R. C. Borden-Boston. (J. Am. m. Assoc., 31. Okt. 1914.) Bei Operationen der oberen Luftwege hat Verfasser mehrfach unangenehme Überraschungen erlebt durch das Vorhandensein einer latenten oder nicht rechtzeitig wahrgenommenen Syphilis, und er macht es seit längerer Zeit zur Regel, alle operativ zu behandelnden Kranken mit der Wassermannschen resp. mit der Noguchischen Reaktion zu prüfen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Tertiäre Ulzeration mit Salvarsan behandelt, von H. Moore. (Dublin J., Mai 1914.) Bei dem Fall war die Syphilis angeboren oder in frühester Kindheit erworben. Die Ulzeration hatte im Halse begonnen und auf das Gesicht übergegriffen, wobei es zur Zerstörung der Nase kam. Durch Salvarsan trat so rapide Heilung ein, daß nach der dritten Injektion schon eine Plastik der Nase mit Erfolg gemacht werden konnte. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Perforation des Gaumensegels und hartnäckige Halsdrüsenschwellung erfolgreich mit Enesol behandelt, von Gaston Poyet u. Jean Tarneaud. (Bull. méd., 1914, Nr. 59.) Die 39jährige Patientin zeigte Entzündung der Rachengebilde und auf der rechten Halsseite ein bretthartes Drüsenpaket, welches vom Warzenfortsatz bis zur Klavikula reichte und auch die ganze Submaxillargegend ergriffen hatte. Die Affektion wurde für tuberkulös gehalten und mit Radiotherapie behandelt; die Kranke kam den Verfassern aus dem Gesichte. Nach einem halben Jahre kam sie wieder; sie zeigte auf der rechten Wange einen 50 centimestückgroßen bläulichroten Fleck, der wie ein erweichtes Gumma aussah. Die Drüsenschwellung war bedeutend stärker. Ferner fand sich am Übergang vom harten zum weichen Gaumen, oberhalb der Uvula, ein

Digitized by Google

kraterförmiges Geschwür mit scharfen, nicht unterminierten Rändern, unebenem Grunde und $^1/_2$ cm Durchmesser. Nunmehr wurde die Diagnose Syphilis gestellt und Jod gegeben; da dieses nicht wirkte, wurden sieben intravenöse Injektionen von 0,15 Enesol in wöchentlichen Abständen gemacht und dadurch völlige Heilung der Gummen und der Drüsenschwellung erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnlich spät nach der Infektion auftretender positiver WR, von O. Jersild-Kopenhagen. (Ugeskrift f. Läger, 1914, Nr. 33.) Nicht nur weil wissenschaftlich von Interesse, sondern auch weil es praktisch von Bedeutung ist, Abweichungen von der Regel bei einer so bedeutungsvollen Reaktion wie die WR zu kennen, veröffentlicht Verfasser folgenden Fall: 43jähriger Glasermeister zeigte am 9. Februar 1914 am inneren Vorhautblatt ein Geschwür, das schon drei Wochen bestanden hatte; es war erbsengroß, induriert, im Begriff zu heilen. Spirochaeta pallida nachweisbar; kein Ausschlag oder andere konstitutionelle Symptome. 12. Februar: Spirochäten verschwunden. WR negativ, Hermann-Perutz negativ. 2. März: Bedeutende Induration unter dem beinahe geheilten Geschwür. Makulöses Syphilid an den Seitenflächen des Unterleibes. WR negativ, Hermann-Perutz negativ. 9. März: Exanthem sehr stark makulo-papulös am Körper und an den Extremitäten. Subjektiv: Febrilia und Benommenheit. WR negativ. Hermann-Perutz negativ. 13. März: Exanthem unverändert. Periostales Wundsein unter dem rechten Auge. WR positiv, Hermann-Perutz negativ. Es hält sich demnach eine negative WR bis mindestens sieben Tage nach dem Ausbruch des Ausschlages, wo dieser schon makulo-papulös und ausgebreitet war. Die positive WR trat erst in der 11.—12. Woche ein. W. Holland-Christiania.

Ein Fall von schwerer, gegen Behandlung refraktärer Syphilis mit syphilitischer Ischias, von E. A. Sáinz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 1. Oktober 1913.) Ausführliche Krankengeschichte über den im Titel genannten Fall. R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege, von A. Blaschko. (D. m. W., 1914, Nr. 40.) Viele Ärzte halten es für unmöglich, den Soldaten den Verkehr mit Prostituierten völlig zu verbieten. Das ist nach der Meinung von B. völlig falsch. In einer Zeit, welche so große Opfer an jeden einzelnen stellt, ist das Verlangen nach Enthaltung vom Geschlechtsverkehr auch für den Soldaten keine allzu rigorose Forderung. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat zur Warnung vor geschlechtlichen Infektionen in Hunderttausenden von Exemplaren ein „Merkblatt für Soldaten" verbreiten lassen. Nur bei Verheimlichung einer beginnenden Geschlechtskrankheit hält B. eine Bestrafung für gerechtfertigt. Um eine Abwanderung der durch den Krieg brotlos gewordenen weiblichen Personen in das Heer der Herumvagabundierenden und der Prostituierten zu verhüten, wird man versuchen müssen, soweit wie möglich, diesen Frauen irgend welche gemeinnützige Tätigkeit, zum mindesten aber Obdach und Nahrung zu verschaffen.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, fand am 24. Oktober in Berlin statt. Prof. Blaschko, der einen Überblick über die vielseitige Kriegstätigkeit der Gesellschaft gab, wies darauf hin,

Digitized by Google

daß die durch den Krieg verursachte Massentrennung von Männern und Frauen mit Notwendigkeit zu einer Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und dadurch zu einem Ansteigen der Geschlechtskrankheiten führen müsse, was um so bedauerlicher sei, als unter den Erkrankten sich eine große Zahl von Verheirateten und vom Lande Stammenden, die bisher von den Geschlechtskrankheiten wenig berührt waren, befinden.

Von dieser Erkenntnis ausgehend hat die Gesellschaft vom Beginn des Krieges an eine umfangreiche Aufklärungstätigkeit entfaltet und Millionen belehrender Flugschriften und Merkblätter in den heimischen Garnisonen und im Felde verbreitet, aber sie hat auch in dem Bewußtsein, daß diese Warnungen vielfach in den Wind geschlagen werden, ständig Fühlung mit den Militär- und Zivilbehörden gesucht, um durch geeignete Verwaltungsmaßnahmen eine direkte Einwirkung auf die Herabminderung der Erkrankungsziffer zu gewinnen. Maßregeln wie: Schließung der Animierkneipen und Bordelle, Abkürzung der Polizeistunde und des Abendurlaubs, Schaffung von alkoholfreien Soldatenheimen, Überwachung der Straßenprostitution, der Winkelhotels und Absteigequartiere müssen die Gelegenheiten zur Verführung eindämmen, hygienische Maßnahmen die Infektionsgefahr verringern. Regelmäßige Untersuchung der Soldaten, Zwang zur Prophylaxe, Gelegenheit zur gründlich spezialistischen Behandlung haben auch zu einer wesentlichen Verringerung der Krankheitsziffer geführt. Da jedoch Erfahrungen aus früheren Kriegen uns lehren, daß mit Friedensschluß die Geschlechtskrankheiten wieder stark ansteigen und eine Verschleppung der Krankheiten in die Familie und somit eine Verseuchung der ganzen Nation zu befürchten steht, so wird für die Gesellschaft in Zukunft ein verstärktes Maß von Arbeit zu erwarten sein. Redner gedachte auch in seinem Bericht der beiden großen im abgelaufenen Jahr verstorbenen Männer, welche sich um den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten unsterbliche Verdienste errungen haben: Ehrlich und Fournier.

Im Anschluß daran ergriff Geheimrat Neisser das Wort zu seinem Vortrage „Welche Lehren können wir aus den während des Krieges gewonnenen Erfahrungen für den weiteren Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ziehen?“ Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ist deshalb so schwierig, weil unzählige Menschen sich nicht ausheilen lassen und zum Teil unbewußt die Krankheit weiter verschleppen, dann aber, weil der außereheliche Geschlechtsverkehr so ungeheuer verbreitet ist. Erweiteruug der Behandlungsmöglichkeit in Hospitälern und Ambulatorien, möglichst kostenfreie Behandlung für den Einzelnen ist die erste Hauptaufgabe. Eine großzügige Organisation schaffen auf diesem Gebiete bereits die Landesversicherungsanstalten, welche für die während des Krieges an venerischen Krankheiten behandelten Kriegsteilnehmer besondere Beratungsstellen einrichten wollen, durch die eine dauernde Überwachung aller Venerischen eingeleitet werden soll. Auch die Krankenkassen sollten ihre Mitglieder einer jährlichen oder besser halbjährlichen ärztlichen Untersuchung unterziehen, um so die unbeachteten und nicht ausgeheilten Geschlechtsleiden einer Behandlung zuzuführen. Damit die Behandlung der Geschlechtsleiden mehr als bisher Sache der praktischen Ärzte werde, müssen diese Krankheiten endlich einer obligatorischen Prüfung im Staatsexamen unterzogen werden. Der großen Verbreitung des wilden Geschlechtsverkehrs wirksam entgegenzutreten, ist unendlich viel schwerer. Natürlich werden wir weiter fortfahren, durch weitgehende Aufklärung belehrend und warnend zu wirken. Aber daß das nicht ausreicht, hat uns wiederum die letzte Zeit gezeigt. Der weitverbreiteten Ansicht, daß geschlechtliche Abstinenz direkt gesundheitsschädlich sei, muß man entgegentreten. Aber man muß sich auch an die nun einmal bestehende Tatsache des stark verbreiteten außerehelichen Verkehrs halten und dessen Gefährlichkeit bekämpfen. Das jetzige im wesentlichen polizeiliche System der Über-

Digitized by Google

wachung der Prostitution muß ein sanitäres werden, die bisher mit der Kontrolle verbundene Entehrung muß fortfallen. Dann wird es möglich, den Kreis der ärztlich Überwachten erheblich zu vergrößern und damit auch die sogenannte heimliche Prostitution zu treffen. Seine persönliche Meinung präzisiert Neisser dahin, daß die Prostituierten in eigener Wirtschaft und Wohnung nur in bestimmten Straßen wohnen sollen, da hierdurch die Überwachung erleichtert, hygienische Vorbeugungsmaßnahmen besser durchführbar, öffentliche Verkehrsstraßen vom Prostitutionsmarkt befreit werden. Auch sollten alle Prostituierten einer regelmäßigen ambulanten Salvarsanbehandlung unterzogen werden, eine Maßregel, die auf Neissers Vorschlag in den eroberten Gebieten jetzt mehrfach mit Erfolg durchgeführt ist. Das allerwichtigste ist und bleibt die Einführung der Schutzmittel. Gewiß ist der auch in Deutschland leider zu konstatierende Geburtenrückgang in erster Linie ein gewollter, daneben aber wird durch die Geschlechtskrankheiten Zahl und Lebensfähigkeit des Nachwuchses stark herabgemindert, die Anwendung der Schutzmittel wird also den Geburtenrückgang keineswegs befördern. Bei dem großen Ausfall heiratsfähiger Männer sind wir nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, alle Mittel und Wege anzuwenden, die zur Gesundung des Volkes beitragen.

Wie Prof. I. F. Schamberg-Philadelphia in einem Schreiben an das Journ. of the Americ. Med. Assoc. mitteilt, ist ihm in Gemeinschaft mit Dr. Raiziss und Dr. Kolmer die **Herstellung von Salvarsan** gelungen, das er auch bereits bei zahlreichen Kranken mit Erfolg angewendet hat. Da infolge des Krieges nur wenig Salvarsan zu haben ist, möchte Prof. Schamberg sein Präparat, das um ein Drittel billiger ist als das bisherige, den amerikanischen Ärzten zur Verfügung stellen und die Einnahmen hierfür wissenschaftlichen Zwecken widmen. Die medizinische Gesellschaft Pennsylvaniens hat sich daher zwecks Erleichterung der Patentschwierigkeiten auch bereits an die Staatsbehörde gewendet.

Die nächste Jahresversammlung der **American Roentgen Ray Society** findet im September 1916 in Cincinnati unter dem Vorsitze von Dr. William A. Evans-Detroit statt.

In Atlanta, Ga., wurde eine **dermatologisch-urologische Gesellschaft** (Atlanta Urological und Dermatological Society) von zunächst 12 Mitgliedern begründet mit Dr. Bernard Wolff, Präsident, Dr. William L. Champion, Vizepräsident und Dr. Omer F. Elder, Schriftführer.

Die Kais. Akademie der Wissenschaften in Wien hat aus dem Vermächtnisse von Prof. v. Wedl dem Priv.-Doz. Dr. J. Kyrle-Wien für seine Untersuchungen über Variola 1200 Kronen bewilligt.

Dr. Emanuel Freund-Triest ist zurzeit als Chefarzt der dermatologischen Abteilung des k. u. k. Garnisonspitales Nr. VII in Graz tätig.

Dr. Charles Jacques Bouchard, gewesener Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie in Paris, ist gestorben. Das dermatologische Gebiet hat er als Schüler von Rollet mit Arbeiten über Herpes tonsurans, Striae atrophicae und namentlich Pellagra und chemische Wirkung der Sonnenstrahlen betreten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. November 1915 | Nr. 48 | Band 61

Aus der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Weygandt).

Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion).

Von

V. Kafka.

Die vielen neuen oder neuerweckten Probleme der Syphilisforschung der letzten Jahre machen eine intensive Zusammenarbeit des Syphilidologen und des Psychiaters erforderlich. Gehören doch in das Gebiet der Dermatologen vor allem die floriden Luesfälle mit ihren Rezidiven, während der Nervenarzt in erster Linie die Spätlues in ihren deletärsten Formen zu sehen bekommt. So wird, um nur ein Beispiel hervorzuheben, der Syphilidologe aus den Forschungen des Psychiaters vielleicht einmal lernen können, einen Fall als zur „Metalues“ [1]) neigend zu erkennen und hier vorbeugend eingreifen; andererseits wird der Nervenarzt nur auf Grund der Studien der Dermatologen die Stellung der metaluischen Erkrankungen und ihre Therapie in einwandsfreier Weise erkennen können. Und das so große und noch mit soviel Fragezeichen versehene Gebiet der Luesimmunität kann nur durch Zusammenarbeit beider Disziplinen entsprechend gefördert werden. Natürlich darf nicht vergessen werden, daß besonders in den Mittelstadien die Arbeit des Internisten, des Ophthalmologen und Otiaters von größter Bedeutung ist. Als wichtiges Hilfsmittel zur Diagnostik und Erforschung der Lues in ihren verschiedenen Stadien ist nun im letzten Jahrzehnt die Untersuchung der Körperflüssigkeiten in erster Linie des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit hinzugetreten. Haben die hier zur Verfügung stehenden Methoden schon große Dienste geleistet, so ist es fraglos, daß wir von ihnen noch Größeres erhoffen können. Dies ist aber nur dann möglich, wenn die oben erwähnten Kategorien von Forschern sich der gleichen Methoden bedienen, wenn diese exakt ausgeführt und auch vom Praktiker ein Minimum von Reaktionen, soweit es natürlich die äußeren Verhältnisse gestatten, stets durchgearbeitet wird. Dadurch wird erreicht 1. bessere diagnostische Klärung, 2. deutlichere Einsicht in das Gesamtbild der biologischen, chemischen und morphologischen Veränderungen, 3. im

[1]) Der Einfachheit halber sei in dieser Arbeit der Name Metalues gestattet.

Digitized by Google

Laufe der Behandlung möglichst genaue Kontrolle, 4. die Möglichkeit, aus den Reaktionen auch theoretische Aufschlüsse zu gewinnen, 5. eventuell das Erkennen prognostischer Zeichen.

Von diesen Gesichtspunkten aus seien daher an dieser Stelle die praktisch brauchbaren Blut- und Liquorreaktionen besprochen; aus Gründen der Vollständigkeit sei auch die Hautreaktion auf Lues mit dem Noguchischen Spirochätenextrakt einbezogen.

I. Blutserum.

1. Die Wassermannsche Reaktion.

An dieser Stelle kann natürlich nicht ausführlich über Technik und Bedeutung der WR gesprochen werden, sondern es seien nur einige Hinweise, besonders auch über die Verfeinerungen gestattet. Es wäre zu wünschen, daß die von verschiedenen Seiten geforderte Vereinheitlichung der Methodik größere Fortschritte machen würde, so daß eine „Originalmethode" geschaffen wäre, die überall auch in der gleichen Weise ausgeführt wird. Die alkoholischen Normalextrakte haben sich so bewährt, daß sie bei Ausführung der WR Allgemeingut werden sollten. Da auch die zur sogenannten Originalmethode eingestellten Serummengen nicht überall die gleichen sind (0,2 oder 0,1), andererseits man auch gerne die Hälfte oder ein Viertel des Gesamtvolumens und somit auch der Menge der einzelnen Reagenzien verwendet, sowie auch aus gleich zu besprechenden Gründen wäre es vorteilhaft, stets bei Angabe des Ausfalls der WR die Serummenge in Prozenten anzugeben.

Wenn auch die nicht verfeinerte WR mit der klassischen Serummenge von 20% für die Diagnose und Behandlung den wertvollsten Faktor darstellt, sind bei einem negativen oder schwach positiven Ausfall derselben gewisse Modifikationen und Verfeinerungen nicht zu umgehen, besonders bei auffälligem klinischen Befund, bei genauerer Kontrolle der Behandlung und eventuellen Prognosenstellung, bei intervallär untersuchten Fällen, hier überall aus praktischen und wissenschaftlichen Gründen.

Als solche haben sich bewährt:

a) die Verwendung bis 1,0 = 100% steigender Serummengen; hier ist eine Darstellung der verwendeten Serummengen in Prozenten besonders wünschenswert und auf die Beobachtung der Eigenhemmung des Serums muß besonderes Gewicht gelegt werden;

b) die Einstellung des aktiven Serums in der Form der Stern- oder Müller-Brendelschen Reaktion;

c) die Normalambozeptorabsorption;

d) die Komplementoidabsorption nach Wechselmann;

e) die Cholesterinkältemethode nach Jacobsthal.

Digitized by Google

Bei exakter Ausführung dieser Reaktionen und Ausschaltung der bekannten klinischen Fehlerquellen ist die Gefahr eines unspezifischen Ergebnisses verschwindend klein. Ganz besonders bewährt haben sich diese Reaktionen in Fällen von kongenitaler Lues mit allmählicher schwindender WR, sowie bei der Spätlues des Zentralnervensystems. Daß sie aber auch für die anderen Luesformen und -stadien bedeutungsvoll sind ergibt die Literatur und die tägliche Beobachtung. Energisches Zusammengehen von Klinik und Serologie wird vor Fehlschlüssen bewahren, andererseits aber praktisch und theoretisch Wertvolles zutage fördern.

2. Die Untersuchung auf Normalambozeptor gegen Hammelblutkörperchen und Eigenkomplement.

Bedeutung: ELIASBERG und zu gleicher Zeit WEIL und KAFKA fanden in Paralysefällen Komplementverminderung und -schwund. KAFKA konnte später Komplementschwund neben der Paralyse vorzüglich bei schweren luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems feststellen. Diese Resultate wurden von BOAS und NEVE, RÖSSLE und HIERONYMUS bestätigt. Für die Lues ohne Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems wurden von POPOFF Untersuchungen durchgeführt, der in einer großen Prozentanzahl Komplementverminderung fand. Seine Angaben sind nicht unbestritten geblieben. KAFKA konnte ferner eine Verminderung des hammelblutlösenden Normalambozeptors in erster Linie bei Paralyse, häufig bei Lues, selten bei Nichtlues finden. Fehlen beider Bestandteile sprach sehr für Paralyse. Später konnte KAFKA auch eine auffallende Vermehrung des Eigenkomplements (Hyperalexie) in freilich sehr seltenen Fällen von Paralysen nachweisen. Die ziemlich einfache Untersuchung auf hammelblutlösenden Normalambozeptor und Komplement hat daher, wenn fieberhafte und kachektische Erkrankungen auszuschließen sind, diagnostischen (z. B. Erkennen schwerer Komplikationen von seiten des Zentralnervensystems), prognostischen (es scheinen vor allem schwer verlaufende Fälle zu sein) und für die Aufklärung der Luesimmunität und Biochemie auch bedeutsamen wissenschaftlichen Wert.

Technik: ELIASBERG, RÖSSLE, HIERONYMUS und KAFKA haben verschiedene Methoden angewendet. Hier sei die von KAFKA, weil anscheinend die übersichtlichste, angeführt.

A. Inaktives Serum (56°)	0,25	0,1	0,05	0,025	0,01
0,9 % NaCl-Lösung	0,2	0,35	0,4	0,425	0,44
Komplement	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
5 %iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

2 Stunden Brutschrank, dann ablesen.

Digitized by Google

B. Aktives Serum	0,25	0,1	0,05	0,025	0,01
0,9% NaCl-Lösung	0,25	0,4	0,45	0,475	0,49
5%iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

2 Stunden Brutschrank, dann ablesen.

Ist A positiv, B von 0,25 an negativ, dann besteht Komplementschwund; ist A negativ, B ebenfalls negativ, dann fehlt jedenfalls der Normalambozeptor; durch Hinzufügung der eben lösenden Immunambozeptordosis in 1 ccm muß das Komplement austitriert werden. Ist A negativ, B positiv, dann ist der Normalambozeptor durch das Inaktivieren verändert worden, ein theoretisch sehr interessanter Fall; es empfiehlt sich vielleicht dann, den Versuch nochmals mit bei 51° inaktiviertem Serum vorzunehmen (Neisser und Friedemann).

Andere Luesreaktionen des Blutserums seien hier nicht angeführt, weil sie entweder weit hinter der WR zurückbleiben, zu kompliziert, oder noch nicht genügend erprobt sind.

II. Rückenmarksflüssigkeit.

1. Zellzählung und Differenzierung.

Bedeutung: So wichtig die Feststellung der Zellvermehrung der Rückenmarksflüssigkeit, so unrichtig wäre es, aus den erhaltenen Zahlen, wie es oft geschieht, zu weitgehende Schlüsse, z. B. quoad Besserung zu ziehen. Denn die Zellmenge stellt ein wenig stationäres Symptom dar, außerdem ist hier bei der Labilität der Elemente und die verschiedene Zahlengröße in verschiedenen Liquorportionen die Technik ausschlaggebend. Die Methoden der Zelldifferenzierung sind hauptsächlich an Material von Spätluetikern ausgeführt; praktisch verwertbare Gesichtspunkte haben sich hier noch nicht ergeben. Vom wissenschaftlichen Standpunkte aus wäre es wünschenswert, daß der Zelldifferenzierung bei Fällen von frühen Luesstadien mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Technik: Hier sei nur die Technik der nun fast allgemein geübten Zählung in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer besprochen. Man mache sich zum Prinzip, stets die ersten Tropfen der Rückenmarksflüssigkeit zur Zählung zu verwenden und die Zellen möglichst sofort zu fixieren. Dieses geschieht, indem man mit Hilfe einer nach der nicht kapillaren Seite konisch zulaufenden Haarpipette, die man mit letzterer Seite in die Nadel steckt, zehn Tropfen in ein sorgfältig gereinigtes Gefäß fließen läßt, in das man vorher einen gleichgroßen Tropfen der Essigsäure-Methylviolettlösung hat eintreten lassen; oder man nimmt diese Manipulation mit einer langausgezogenen Haarpipette sofort nach Entnahme der ersten Liquorportion vor. Man hat so die Vorteile, 1. daß man die Mischpipette nicht braucht, 2. daß die Zellen möglichst bald

Digitized by Google

fixiert werden, 3. daß die Zählung zu jeder gewünschten Zeit erfolgen kann, 4. daß man bei Anwendung einer genügend feinen Haarpipette nur 0,2 Liquor braucht, gegen 0,4 bei Verwendung der Mischpipette. Bei der Zählung gelten fünf Zellen im Zentimeter als Grenzwert, häufig stellt jedoch diese Zahl schon einen pathologischen Wert vor. Ist der Liquor blutig, so geht man in gleicher Weise vor, läßt aber die Spinalflüssigkeit in 0,9% NaCl-Lösung eintreten. Man bestimmt dann das Verhältnis der weißen Zellen zu den roten und vergleicht die so erhaltenen Zahlen mit jenen, die unter denselben Bedingungen mit reinem Blute erhoben werden.

2. Bestimmung des Gesamteiweißes.

Bedeutung: Während man früher diese Reaktion als sehr bedeutsam angesehen hat, mußte ihre Bewertung in der neueren Zeit hinter der der Globulinbestimmungsmethoden zurücktreten, da fast stets bei Vermehrung des Gesamteiweißes die Globuline in erhöhter Menge vorkommen, das Umgekehrte aber oft nicht der Fall ist. Mit besonderer Technik kann man diese Bestimmung dazu benutzen, das Verhältnis der Globuline zum Gesamteiweiß festzustellen, was oft für die Paralysendiagnose und die Theorie wertvoll ist.

Technik: Die Ausführungsweise der alten NISSL-Reaktion ist bekannt. Sie wird viel ausgeführt und von mancher Seite ungünstig beurteilt. Wenn sämtliche vorhandenen Röhrchen gegeneinander und mit einer Eiweißlösung von bestimmter Konzentration geeicht worden sind (manche Autoren nehmen, ohne eine solche Eichung ausgeführt zu haben, den NISSL-Teilstrich mit 0,02% Eiweiß an und berechnen daraus den Eiweißgehalt für die Rückenmarksflüssigkeiten, ein Verfahren, das natürlich recht ungenau ist), wenn ferner nach dem Zentrifugieren der Niederschlag $^1/_2$ Stunde stehen gelassen und nach Markierung nochmals zentrifugiert, kann man zu befriedigenden Resultaten kommen. — Bezüglich der Technik der BRANDBERG-Methode sei auf die Arbeiten von ZALOZIECKI verwiesen. In letzter Zeit haben wir eine Methode von WEISS (Prinzip: zu einer bestimmten Menge von Phosphorwolframsäure, die so hergestellt ist, daß die erste auftretende Trübung 0,0001 g Eiweiß entspricht, wird die zu untersuchende Flüssigkeit tropfenweise zugesetzt, bis eine Trübung auftritt) für die Spinalflüssigkeit modifiziert, worüber bald berichtet werden soll. Diese Methode liefert anscheinend recht genaue Ergebnisse, und man benötigt ein Minimum von Liquor.

3. Bestimmung der Globuline.

Bedeutung: Unter den vielen zum Globulinnachweis empfohlenen Methoden hat sich die von NONNE-APELT-SCHUMM besonders bewährt und

Digitized by Google

wird auch an den meisten Arbeitsstätten angewendet. Über ihre Bedeutung zu sprechen wäre überflüssig. Es soll auch am Schlusse noch darauf eingegangen werden. — Es hat sich nun gezeigt, daß die fraktionierte Globulinfällung, die für das Blut ja zu sehr bemerkenswerten, wenn auch heute noch nicht vollkommen geklärten Ergebnissen geführt, und nach den Arbeiten von Wintebnitz besonders für die frische Lues Interessantes ergibt, auch für die Rückenmarksflüssigkeit praktisch und theoretisch Bedeutungsvolles zu Tage fördert. Denn eine gleich starke Phase I Reaktion kann aus Globulinen von verschiedener Fällbarkeit zusammengesetzt sein. Eingehende Untersuchungen haben nun ergeben, daß Globuline, deren Ausfällung bei 28% iger Sättigung mit konzentrierter Ammoniumsulfatlösung erfolgt, nur bei eitriger, tuberkulöser Meningitis und akut meningitischen Schüben der Lues (besonders Herxheimerscher Reaktion der Meningen) vorkommen. Für die Paralyse charakteristisch sind Globuline, deren Fällung bei 30% iger Sättigung mit konzentrierter Ammoniumsulfatlösung beginnt und bei 33% iger = $^1/_3$ Sättigung deutlich ist, während bei 40% iger Sättigung die Ausfällung von Globulinen beginnt, die die chronische Lues cerebri charakterisieren. Die Bedeutung der Phase I ist also erweitert, indem es so möglich ist, nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative Seite diagnostisch zu verwerten. — Das ferner solche Ausfällungen auch theoretisch bedeutungsvoll sind, daß sie, wenn in größerem Umfange in den verschiedenen Luesstadien vorgenommen, nicht nur diagnostische, sondern auch prognostische Anhaltspunkte gewähren werden, liegt auf der Hand.

Technik: Zur Phase I und der fraktionierten Globulinfällung verwenden wir die konzentrierte Ammoniumsulfatlösung, wie sie Nonne und Schumm vorschreiben. Die Phase I führen wir immer mit 0,5 Liquor aus; es sei darauf hingewiesen, daß, wenn die Globulinreaktion durch Beobachtung nach 3 Minuten abgelesen werden, bei dem Resultate die Liquormenge nicht aufgegeben werden muß, da die Globuline von $^1/_2$ ccm Liquor in 1 ccm Gesamtflüssigkeit oder von 1 ccm in 2 ccm Gesamtflüssigkeit nach 3 Minuten ungefähr die gleiche Opaleszenz oder Trübung hervorrufen. Wenn man aber die Globuline quantitativ, z. B. durch Zentrifugieren bestimmt, ist natürlich die Angabe der verwendeten Liquormenge notwendig.

Die fraktionierte Globulinfällung nehmen wir in folgender Weise vor:

	I	II	III	IV	V
Konz. Ammoniumsulfatlösung	0,28	0,33	0,4	0,5	—
Aq. dest.	0,22	0,17	0,1	—	0,5
Liquor	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Digitized by Google

Die Kontrolle V verwenden wir nur bei stark zellreichen oder getrübten Rückenmarksflüssigkeiten.

Es wird nun nach gutem Schütteln nach 3 Minuten abgelesen, dann lassen wir mehrere Stunden stehen und zentrifugieren hierauf unter den geschilderten Kautelen in Nissl-Röhrchen, um eine wenigstens relative Bestimmung der Niederschlagsmenge zu ermöglichen. Da die Globulinmengen oft sehr geringe sind, ist die Abschätzung im Nissl-Röhrchen schwierig, wir haben daher geeignete Zentrifugierröhrchen anfertigen lassen.

4. Die Wassermannsche Reaktion.

Über Technik und Bedeutung ist wenig Neues zu sagen. Die von Hauptmann eingeführte Auswertungsmethode hat überall gute Früchte getragen und ist für die frische wie die Spätlues mit Erfolg angewendet worden. Auch hier empfiehlt sich die Angabe der Liquormenge in Prozenten. Verfeinerungen sind vorläufig nicht am Platze. Bei Einstellung blutigen Liquors muß nach dem Zentrifugieren inaktiviert werden, das Gleiche gilt für komplementreiche Spinalflüssigkeiten.

5. Die Hämolysinreaktion.

Bedeutung: Weil und Kafka konnten feststellen, daß sich mit bestimmter Technik in der Spinalflüssigkeit von Paralytikern und an akut meningitischen Prozessen Erkrankten hammelblutlösende Normalambozeptoren, ferner bei ersteren selten, bei letzteren in der Regel auch Komplement nachweisen läßt. Bei Paralysen kommt der Normalambozeptor unabhängig von anderen Liquorreaktionen dauernd und in einer großen Prozentanzahl vor, bei akut meningitischen nur vorübergehend und in Verbindung mit stark positiven Zell- und Eiweißreaktionen. Daraus läßt sich die Bedeutung der Reaktionen für die Spätlues ableiten, die auch durch zahlreiche Nachuntersuchungen bestätigt worden ist; für die Frühlues sind größere Arbeiten im Gange; hier werden neben diagnostischen, vor allem prognostische und theoretische Aufschlüsse zu erwarten sein.

Technik: Zu 10 resp. 5 ccm Liquor wird 1,0 resp. 0,5 ccm 5%ige Hammelblutaufschwemmung hinzugefügt, gut geschüttelt, zwei Stunden im Brutschrank gelassen und während dieser Zeit öfters geschüttelt. Am besten eignen sich zu diesem Prozeß der Sensibilisierung Röhrchen (Zentrifugierröhrchen), die auf $^1/_2$ und 1 ccm geeicht sind. Nach Ablauf von zwei Stunden werden die Röhrchen solange zentrifugiert, bis die überstehende Flüssigkeit vollkommen klar ist, dann wird diese abgegossen, bei vorangegangener Verwendung von 1 ccm Hammelblut, mit 0,9%iger NaCl-Lösung auf 1 ccm aufgefüllt (war $^1/_2$ ccm oder weniger Hammelblut verwendet worden, dann auf $^1/_2$ ccm), mit der Pipette gut durchgemischt und vollkommen gleichmäßig auf zwei Röhrchen verteilt

Digitized by Google

(bei $^1/_2$ ccm nur auf ein Röhrchen). Es kommt dann 0,9 % NaCl-Lösung hinzu und die austitrierte Komplementmenge. Das Komplement muß nämlich vorher auf Eigenhämolyse geprüft worden sein, und zwar in folgender Weise:

Komplement	0,2	0,15	0,1	0,05	0,03
0,9 % NaCl-Lösung	0,3	0,35	0,4	0,45	0,47
5 %iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Zwei Stunden Brutschrank, dann ablesen. Verwendet wird bei zwei Röhrchen jene Menge von Komplement, die eben noch eine Spur Lösung, und jene, die sie nicht mehr hervorruft, bei einem Röhrchen nur die letztere.

Nach Komplementzusatz wird gut geschüttelt und die Röhrchen kommen auf drei Stunden in den Brutschrank. Dann wird abgelesen.

Starker Komplementgehalt zeigt sich darin, daß schon während der Sensibilisierung vollkommene Hämolyse auftritt; schwächerer macht sich in geringeren hämolytischen Erscheinungen während der Sensibilisierung, vor allem aber im Gelbwerden der überstehenden klaren Flüssigkeit nach dem Zentrifugieren und im Kleinerwerden der Blutkuppe, geltend.

Der Normalambozeptorgehalt ist bei Vorhandensein von Komplement meist stark. Die verschiedenen Grade lassen sich nach dreistündigem Aufenthalt im Brutschrank leicht bestimmen:

Bei zwei Röhrchen.		Bei einem Röhrchen.
K. L. in beiden Röhrchen	= 6	K. L. = 6
K. L. in den ersten Röhrchen, St. L. in den zweiten „	= 6—5	St. L. = 5
		M. L. = 4
St. L. in beiden „	= 5	Ger. L. = 3
St. L. in den ersten „, Mäß. L. in den zweiten „	= 5—4	Spur. L. = 2
		Spürchen L. = 1
Mäß. L. in beiden „	= 4	
Mäß. L. in den ersten „, Ger. L. in den zweiten „	= 4—3	
Ger. L. in beiden „	= 3	Abkürzungen:
Ger. L in den ersten „, Spur. L. in den zweiten „	= 3—2	L. = Lösung
		K. = Komplet
Spur. L. in beiden „	= 2	St. = stark
Spur. L. in den ersten „, Spürchen L. in den zweiten Röhrchen	= 2—1	Mäß. oder M. = mäßig
		Ger. = gering.
Spürchen L. in beiden „	= 1	
Spürchen L. in den ersten „, Ø L. in den zweiten „	= 1—Ø	

Hierzu sei noch bemerkt, daß man auf Grund solcher zahlenmäßiger Bestimmung leicht den Übergang von Normalambozeptoren aus dem Blute in den Liquor berechnen kann. Für das Blutserum nimmt man als Grundlage, jene Lösungsstärke die 0,1 Serum bei Verwendung von 0,5

Digitized by Google

5%iges Hammelblutes hervorruft; wenn wir uns nun der oben erwähnten Zahlen für Liquor und Blut bedienen, so wäre die Berechnung folgendermaßen: das Blutserum hatte bei 0,1 Resultat 5 = st. L. ergeben, der Liquor bei Anwendung von 5,0 ccm Resultat 4, es entspricht dann der Stärke 4 im Liquor im Blutserum $\frac{5 \cdot 5{,}0}{0{,}1} = 250$; der Durchtritt ist also im Verhältnis 250 : 4 erfolgt. (Antikörperindex.)

6. Die Kolloidreaktionen:

Bedeutung: Seit der erfolgreichen Einführung des Goldsols in die Liquordiagnostik durch C. Lange steht die kurvenmäßig ausdrückbare Beeinflussung anorganischer (und organischer) Kolloide durch das Liquoreiweiß (und vielleicht auch durch andere in der Spinalflüssigkeit enthaltene Stoffe) im Vordergrund des Interesses. Die bedeutsamen Ergebnisse der Goldsolreaktion: die Lueszacke, die Kurve der Meningitis und jene der Paralyse werden aber erst zur vollen Wertung gelangen können, bis es gelingen wird, die Schwierigkeiten und Fehlerquellen der Goldsolreaktion auszuschalten.

Technik: Hier kann nur auf die Arbeiten von Lange und Eicke verwiesen werden und betont werden, daß die Goldsolreaktion von nur sehr erfahrener Seite mit größter Sorgfalt ausgeführt werden muß.

III. Hautreaktion mit Noguchis Luetin.

Bedeutung: Neben den Hautreaktionen mit spirochätenhaltigen Organextrakten hat sich in den letzten Jahren die Intrakutanreaktion mit Noguchis aus abgetöteten Spirochätenkulturen hergestellten Luetin einen besonderen Platz in der Reihe der diagnostischen Luesreaktionen gesichert. Nicht nur das Vorkommen der Reaktion selbst, sondern auch ihre Stärke können diagnostisch verwertet werden. Eine deutlich positive Reaktion kann bei negativer WR die Luesdiagnose sichern. Besonders wertvoll ist das fast nie fehlende und qualitativ intensive Auftreten der Reaktion im Tertiärstadium. Hierzu kommt, daß die Reaktion bei der Paralyse nicht immer positiv ist und nur in geringerem Grade auftritt, so daß ein deutlicher Unterschied zur Lues cerebri gegeben ist, der sich auch darin ausspricht, daß in jedem Luesstadium die Hautreaktion durch die Behandlung verstärkt wird, bei der Paralyse jedoch nicht. Hier ergeben sich also nicht nur diagnostische Behelfe, sondern auch für die Luesimmunität wertvolle Tatsachen, die zur Weiterforschung anregen.

Technik: Vor der Injektion wird die Gebrauchsmenge der gut geschüttelten Spirochätenaufschwemmung mit der gleichen Menge physiologischer Kochsalzlösung gemischt und mit Hilfe einer kleinen Injektions-

Digitized by Google

spritze mit fein geschliffener Kanüle 0,07 der Mischung möglichst oberflächlich intrakutan injiziert, so daß sich eine deutliche weiße Quaddel bildet. Die Reaktion wird nach Gesichtspunkten beurteilt, die in den Arbeiten von Benedek, Kafka, Fleischmann, Kämmerer u. v. a. enthalten sind.

IV. Zusammenfassung.

Am kürzesten und praktisch einfachsten lassen sich die oben geschilderten Reaktionen zusammenfassen in der Darstellung unseres zeitlichen Vorgehens bei der Blut- und Liquoruntersuchung.

1. Blutuntersuchung. Hier sei darauf hingewiesen, daß an den meisten Anstalten die Blutuntersuchung der Liquoruntersuchung vorausgeschickt wird. Bei negativem Ausfall der ersteren wird auf die letztere verzichtet. Es mehren sich aber die Fälle aus den verschiedenen Stadien der Lues, bei denen einem schwach positiven oder negativen Blutbefund stark positive Liquorreaktionen gegenüberstehen. Gerade solche Fälle scheinen besonders interessant zu verlaufen. Es ist also nicht angängig bei sonstigen Verdachtsmomenten auf die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit zu verzichten, wenn der Blutbefund negativ ist; vielleicht kann auch hier die Luetinreaktion eine Rolle spielen, die, wenn sie bei negativem Blutbefund positiv ist, jedenfalls die Liquoruntersuchung erwünscht macht. Wird Blut- und Liquorentnahme in derselben Sitzung ausgeführt, dann empfiehlt es sich, die Lumbalpunktion vorausgehen zu lassen.

Die Aufsetzung des Protokolls zur WR wird sich natürlich nach der Lage des Falles richten. Wird anzunehmen sein, daß die WR *nicht* stark positiv sein dürfte, so empfiehlt es sich, gleich die Serummengen von 20, 50 eventuell auch 100% mit verschiedenen Extrakten unter Einstellung der geeigneten Kontrollen anzusetzen. Soll der Fall zur Behandlung kommen oder ist er schon behandelt, so empfiehlt sich das Hinuntertitrieren. In jedem Fall werde zu gleicher Zeit mit dem inaktiven Versuch die Sternsche Reaktion angesetzt. Dies aus verschiedenen Gründen: 1. kann bei negativer inaktiver und positiver aktiver Reaktion die Ausführung von Verfeinerungen notwendig sein, 2. kann aus der Selbsthemmung bei der Sternschen Reaktion Komplementmangel oder -Schwund, 3. aus negativer Sternscher Reaktion bei positiver WR Hyperalexie abgelesen werden. Dann nehmen wir in jedem Falle sofort die Austitrierung des Normalambozeptors und Eigenkomplements nach der geschilderten Technik vor. Dies nicht nur aus den besprochenen diagnostischen und prognostischen Gründen, sondern auch um bei der Hämolysinreaktion des Liquors einen Maßstab für die eigenhämolytische Fähigkeit des Serums zu haben. Finden wir nun, daß das inaktive Serum negativ oder schwach

Digitized by Google

positiv reagiert, bei stark positiver STERNscher Reaktion, und zeigt sich beim Austitrieren eine starke Menge von Normalambozeptor, dann nehmen wir die Normalambozeptorabsorption vor. Ist Hyperalexie vorhanden oder hat die Titration der Normalambozeptoren ein negatives, jene des Komplements ein positives Ergebnis gehabt, dann wird die Baryumsulfatabsorption nach WECHSELMANN vorgenommen. Als Kontrolle wird in schwach reagierenden Fällen stets JACOBTHALS Cholesterinkältemethode angeschlossen. Die letzteren Reaktionen nehmen wir auch dann vor, wenn nur Eigenhemmung des inaktiven Serums oder Komplementschwund als für Lues verdächtige Symptome vorhanden sind. Einen positiven Charakter sprechen wir dem Blutserum aber erst dann zu, wenn mindestens zwei der Reaktionen (von Austitrierung der hämolytischen Faktoren und Eigenhemmung abgesehen) ausgesprochen positiv verlaufen.

2. Liquoruntersuchung. Eine Druckbestimmung mit dem Manometer wird von uns nicht mehr ausgeführt; sehr starke Druckerhöhung wird nur registriert. Sind die ersten Tropfen wasserklar, so wird sofort die beschriebene Haarpipette in die Lumbalkanüle eingeführt, und zehn Tropfen in einem Tropfen der essigsauren Methylviolettlösung aufgenommen oder mit einer Haarpipette die Mischung sofort aus der ersten Portion vollzogen. Die Zählung in der FUCHS-ROSENTHALschen Zählkammer kann dann jederzeit erfolgen. Der Liquor wird dann in eine Reihe von Gläschen aufgenommen und sofort auf Farbe, Trübung, Fibringerinnsel usw. besichtigt. Dann werden die Globulinfraktionen angesetzt; zuerst die 50%ige, ist diese positiv, dann auch die 40%ige, findet sich immer noch deutliche Opaleszenz, so setzen wir auch die 33%ige Reaktion an, und bei positivem Resultat dieser letzteren, auch noch die 28%ige. Auf diese Weise vermeiden wir es, unnötiger Weise Liquor zu den Globulinreaktionen zu verschwenden. Ist der Liquor vollkommen blutfrei und nicht xanthochrom, dann setzen wir 10 ccm mit 1 ccm 5%igem Hammelblut oder 5 ccm mit 0,5 ccm (eventuell auch weniger Liquor mit dem zehnten Teil Hammelblut, wobei zum Komplementversuch die gleichen Mengen Hammelblut genommen werden) zur Hämolysinreaktion an. Ist nach dem Zentrifugieren der Liquor vollkommen klar und farblos, so wird er abgegossen und zur WR verwendet; dies ist nun in den meisten Fällen möglich. Die Aufstellung des Protokolls zur WR des Liquors erfolgt nach denselben Prinzipien, wie bei der Blutuntersuchung geschildert, doch wird der Liquor nur im Falle starken Komplement- oder Blutgehaltes inaktiviert und werden Verfeinerungen nicht vorgenommen. Dann wird die Gesamteiweißbestimmung (am einfachsten nach NISSL) ausgeführt und eventuell die Goldsolreaktion angeschlossen.

Bezüglich der sehr empfindlichen PANDY-Reaktion (die Technik

Digitized by Google

Zaloziecкis ist zu empfehlen) müssen gerade auf dem Gebiet der frischen Lues und hier besonders während der Behandlung Erfahrungen gesammelt werden. Jedenfalls darf aus einer schwach positiven Pandy-Reaktion nicht zuviel geschlossen werden; auch ist zur Kontrolle das Einstellen eines normalen sterilen Standardliquors notwendig.

Bei dem geschilderten Vorgehen benötigt man folgende Liquormengen:

Zellzählungen	0,2 ccm
Globulinfraktionen	0,5 bis 2,0 ccm
(mit Einschluß der Phase I)	
Hämolysinreaktion und WR	5,0 bis 10,0 ccm
Gesamteiweiß	0,5 (Brandberg) bis 2,0 (Nissl) ccm
	5,2 bis 14,2 ccm

Da man die Hämolysinreaktion stets mit 5 ccm machen kann, kann man als Maximum 9,2 ccm annehmen, also nur ein Geringes mehr als von anderen Autoren, die sehr schonend vorgehen, verwendet. Ist Liquor aber genügend vorhanden, dann füge man die Zelldifferenzierungsmethoden, die Braun-Husler-Reaktion und andere an, um auch von diesen Seiten her, das Gebiet diagnostisch und theoretisch zu fördern.

Fassen wir nun zum Schluß den Zweck unserer Untersuchungsmethodik kurz zusammen. Es wird in jedem Falle ohne Liquorverschwendung ein Minimum von Reaktionen vorgenommen, die sich nicht gegenseitig vertreten lassen, sondern die alle unsere diagnostische Erkenntnis nach einer bestimmten Richtung klären, die auch genetisch verschieden sind und uns zugleich ein kurvenmäßig darstellbares Bild der pathologischen Vorgänge geben. Würde in allen Stadien der Lues in solcher Weise untersucht werden, so erhielten wir nicht nur gut gestützte diagnostische und prognostische Anhaltspunkte, sondern es läge klarer vor uns, wie sich die Körpersäfte in verschiedenen Stadien der Lues verhalten und wie diese Stadien zu bewerten sind; so könnten uns Befunde aus späteren Stadien Hinweise für unser Verhalten in früheren Stadien geben und umgekehrt, Konsequenzen aller Art, auf die hier nicht eingegangen werden kann, besonders auch auf die Therapie, ließen sich ziehen, und vor allem wäre das noch so problematische Gebiet der Luesimmunität in helleres Licht gestellt. Unser Verfahren stellt natürlich nur einen Weg zur Annäherung an das Ziel dar, einen Weg, der uns nach dem jetzigen Stande des Wissens, als der beste und einfachste erscheint. Sollten aber weitere Forschungen uns kürzere und aussichtsvollere Bahnen weisen, so wollen wir natürlich nicht starr an unseren Methoden festhalten. Denn jedes Mittel soll mit Freude ergriffen werden, das zur Klärung der großen Luesprobleme führen kann.

Digitized by Google

Versammlungen.

Jahresversammlung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

Die Berliner Dermatologische Gesellschaft hielt am 12. X 1915 ihre Generalversammlung ab. Nach Erledigung des geschäftlichen Teils gedachte der Vorsitzende der im abgelaufenen Jahre durch den Tod verlorenen Mitglieder, insbesonders des Ehrenmitgliedes Ehrlich.

Der übrige Teil des Abends war einer Besprechung gewidmet über die Erfahrungen, die bisher bei der Behandlung der geschlechtskranken Soldaten gesammelt sind und über die Bedeutung, die der Wassermannschen Reaktion bei der Behandlung syphiliskranker Soldaten beizulegen ist. Mitglieder des Vorstandes hatten das einleitende Referat übernommen. Heller rechnet zu den Kriegsseuchen auch die Geschlechtskrankheiten; sie pflegen sich in jedem Kriege stark auszubreiten. Das hat sich auch diesmal bewahrheitet. Der klinische Verlauf war bei seinem Beobachtungsmaterial fast immer günstig. Der phagedänische Schanker fehlte ganz; die Blennorrhoe brachte nur wenig Gelenkkomplikationen; Syphilis maligna kam nicht zur Beobachtung. Frühformen von syphilitischer Erkrankung des Zentralnervensystems wurden ebenfalls nicht beobachtet. Unter den Kranken fanden sich viele Soldaten, die große Entbehrungen und Strapazen durchgemacht hatten. Seelische und körperliche Erregungen haben den Verlauf der Geschlechtskrankheiten nicht ungünstig beeinflußt. Der weiche Schanker ist entschieden seltener geworden; freilich wird jetzt auch eine große Zahl von Ulcus molle-Fällen durch Nachweis der Syphilisspirochäte anders rubriziert. Relativ häufig war Ulcus molle bei Transporten vom Osten her.

Der Lazarettarzt hat eine andere Aufgabe als der Zivilarzt. Die häufig wiederholten Blutuntersuchungen, das exspektative Verhalten des Arztes zu Beginn der Lues, die Wiederholungskuren belasten die Lazarette und beeinträchtigen die Schlagfertigkeit des Heeres. Unsere Aufgabe ist es in erster Linie, die ansteckenden Erscheinungen zu beseitigen. In jedem Falle muß aber die Diagnose „harter Schanker" gesichert sein, ehe mit der Kur begonnen werden darf. H. bevorzugt Tuschepräparate ihrer Einfachheit halber. Auf bloße Indurationen hin darf man keine Syphilisdiagnose stellen; denn die mutmaßliche Diagnose Syphilis ist für den jungen Mann, wenn er die Ehe eingehen will, von schwerwiegender Bedeutung. Sie kann auch die Trennung einer bereits geschlossenen Ehe herbeiführen, was zu verhindern in dieser schweren Zeit besonders notwendig ist. Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung ist zurzeit die beste Behandlung der Syphilis. Munderscheinungen sind relativ selten, trotz der schlechten Hygiene der Zähne.

Die ambulante Behandlung der Syphilis ist zu verwerfen. Die ambulant gemachten Injektionen stören den militärischen Dienst und schädigen wohl auch die Wirkung des Arzneimittels; allenfalls könnten gegen Schluß der Kur einige Einspritzungen ambulant gegeben werden. Die Blennorrhoe belastet die Lazarette außerordentlich; vielleicht $^7/_8$ aller Lazarettage fallen auf sie. Schindlers Vorschlag, Atropinzäpfchen zu verabfolgen zwecks Ruhigstellung der peristaltischen Bewegungen der hinteren Harnröhrenabschnitte, hat etwas sehr Bestechendes für sich. Aber die praktische Ausführung scheitert an der übergroßen Menge von Zäpfchen, die erforderlich wäre. Über den Wert der Vakzinebehandlung spricht sich H. sehr skeptisch aus. Gonargin stand in reichlicher Menge

Digitized by Google

zur Verfügung. Es wurden kleine und große Dosen versucht. Es war zwar kein Schaden, aber auch kein Nutzen festzustellen. H. warnt auch vor übertriebenen Erwartungen von der Diathermiebehandlung. Dagegen hat sich die Anwendung von Wärmesonden recht brauchbar erwiesen. Bei den von H. benutzten Sonden fand sich zwischen Mantel und der sogenannten „Seele" eine Flüssigkeitsschicht, die die gleichmäßige Erwärmung sicherte. Bei Strikturen und Infiltraten leistet die Wärmesonde einige Dienste, gegen die Gonokokken selbst zeigt sie keinen Erfolg. Strikturen sind viel häufiger als man gewöhnlich annimmt; man muß nur darauf achten.

Viele Affektionen der Geschlechtsorgane gehören nicht in das Lazarett hinein, so die chronischen Prostatitiden, die funktionellen Dysurien und die sexuelle Neurasthenie, draußen im Felde sollten eigens bestellte Fachleute entscheiden, ob Abtransport des Mannes wegen seines Geschlechtsleidens notwendig ist. Die inneren Stationen sollten bei Blasenfällen häufiger Fachärzte hinzuziehen. Mancher Blasenkatarrh entpuppt sich als Neurasthenie. Der Facharzt sollte in solchem Falle eine Eintragung in das Soldbuch machen, damit der Truppenarzt Bescheid weiß. Nicht jede minimale Sekretion aus der Harnröhre ist eine ernste Krankheit.

Rosenthal als zweiter Referent schließt sich im wesentlichen Hellers Ausführungen an. Er betont ausdrücklich, daß das ärztliche Handeln des Lazarettarztes von dem Gedanken geleitet sein müßte, daß des Staates Wohl über dasjenige des einzelnen gehe. Ein Tabiker könnte sehr wohl noch seinem Zustande entsprechend garnisondienst- oder arbeitsverwendungsfähig sein. Rosenthal bekennt sich dann ebenfalls als Anhänger der kombinierten Kur. Bei reiner Salvarsanbehandlung schwinden nicht einmal immer die klinischen Symptome, die positive Reaktion wandelt sich nicht immer um, und schließlich wissen wir noch viel zu wenig über die Dauererfolge der Salvarsantherapie, besonders wissen wir nichts, ob Salvarsan allein Affektionen des Zentralnervensystems verhüten kann. Gegen die an sich gute Schmierkur sprechen nur praktische Bedenken. R. ist sehr eingenommen von Kalomel und Oleum cinereum. Vom militärärztlichen Standpunkte dürfen wir den Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht als alleinigen Maßstab für unser Handeln betrachten. Eine positive Reaktion als einziges Symptom stellt keine absolute Indikation für eine Kur dar. Einige Tabesfälle wurden mit gutem Erfolge behandelt. R. sah zwei septische Fälle von Gonokokkämie. Mit Gonargin glaubt R. in der Privatpraxis einige Erfolge erzielt zu haben.

Lesser legte seinem Referat die Frage zugrunde: Ist die positive Serumreaktion, als einziges Symptom der Lues, eine absolute Indikation für die Einleitung einer Kur?

Die alten Fälle, die jahrelang frei von syphilitischen Erscheinungen sind, sind auszuschließen. Diese sollen jetzt unter keinen Umständen behandelt werden. Je mehr wir uns der Zeit der Infektion nähern, desto eher wird die Behandlung notwendig sein. Das gilt besonders für die ersten zwei Jahre nach der Infektion. Ist die Reaktion erst jetzt ins Positive umgeschlagen, so ist eine Behandlung wünschenswert, um den Mann vor einem Rezidiv zu bewahren. Ist der Soldat anderer Krankheiten willen oder wegen einer Verwundung im Lazarett, so kann man ihn zwischendurch spezifisch behandeln. Ist die Kur anderswo gerade beendigt, und der Wassermann ist noch nicht umgeschlagen, so wird sich eine kleine Zwischenkur empfehlen. Fälle mit negativer SR bei vorhandenen Erscheinungen sind zu behandeln, das sind Leute mit tertiärer Lues. Bisweilen wird eine negative SR schon nach kürzerer Kur erreicht; trotzdem ist eine Vollkur durchzuführen, wenn der Zeitpunkt der Infektion nicht zu weit zurückliegt.

Lesser warnt schließlich vor der Anwendung von grauem Öl, das durch die beträchtliche Remanenz von Quecksilber sehr schwere Intoxikationen bewirken kann, die noch nach Wochen zum Ausbruch kommen und selbst tödliche Zustände herbeiführen können.

Digitized by Google

Blaschko: Wir dürfen den Kranken niemals nur auf Wassermann untersuchen. Die SR ist das zäheste Symptom, zäher als alle anderen Manifestationen der Syphilis zusammengenommen. Umgekehrt läßt die SR wieder in anderen Fällen im Stich. Man muß die WR stets mit klinischen Untersuchungsresultaten zusammen bewerten. Sehr bedauerlich ist es, daß wir die Leute, die die erste Kur bei uns gemacht haben, nicht weiter beobachten können. Es müßte bei der Entlassung eines Syphilitikers aus dem Lazarette der Truppenarzt darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Mann klinisch und serologisch zu überwachen ist.

v. Wassermann: Es scheint bedenklich, dem therapeutischen Handeln als Militärarzt einen anderen Standpunkt zugrunde zu legen wie der Zivilarzt, als ob der Militärarzt mit Rücksicht auf das Allgemeinwohl das individuelle Wohl hintenanstellen müßte. Das trifft jedenfalls für die Behandlung der Syphilis nicht zu. Die Syphilis ist durch ihre ungeheuere Ansteckungsfähigkeit und Vererbbarkeit anders zu bewerten als die übrigen Krankheiten. Deshalb soll man den Mann nicht zu früh aus dem Lazarett entlassen. Es ist bekannt, daß Leute mit positiver Reaktion, die nichts anderes darbieten als die positive Reaktion, die Krankheit vererben können. Nach dem Kriege müssen wir die Volksgesundheit und Volksvermehrung im Auge behalten. In jedem Falle ist es zu überlegen, wie lange die Infektion schon besteht. In frischen Fällen ist die Reaktion sehr labil und leicht zu beeinflussen; in alten Fällen ist sie dagegen sehr stabil. Der junge Soldat ist schon deshalb gründlich zu behandeln, damit er später eine gesunde Nachkommenschaft erhält; bei dem alten Landsturmmann fällt der Vermehrungskoeffizient nicht mehr ins Gewicht. Es scheint gerade jetzt an der Zeit zu sein, mittels Serumreaktion in größeren Garnisonen Stichproben zu machen, um zu ermitteln, wie weit die Syphilis im Heere überhaupt verbreitet ist. Es gibt genug Fälle, die ohne nennenswerte klinische Erscheinungen verlaufen und deshalb unerkannt bleiben. Auch die vom Felde heimkehrenden Mannschaften sollten der SR unterzogen werden. Das gäbe uns einen Fingerzeig für die Beurteilung der Volksgesundheit. Sehr ernst ist schließlich die Frage, was mit den vielen syphilitisch erkrankten Soldaten später geschehen soll. Diese Frage spricht mit bei der Sorge, die Verminderung unserer Volksvermehrung aufzuhalten.

Loewit sah von Arthigon bei Epididymitis keinen Nutzen. Nach einer intravenösen Salvarsaninjektion entwickelte sich eine Lähmung der Schulter auf der entgegengesetzten Seite. Positive SR bedeutet das Vorhandensein von syphilitischem Virus im Körper. Deshalb ist bei nicht zu alten Fällen eine Kur erforderlich. Eine recht gründliche Kur erweist sich erst recht ökonomisch. L. wendet das Quecksilber nur als Schmierkur an, weil die Einspritzungen bei der großen Patientenzahl zu zeitraubend wären. Schließlich macht L. auf die Infektionsgefahr aufmerksam bei Benutzung gemeinsamer Trink- und Eßgeschirre.

Ledermann: Nicht in allen Fällen von Schanker gelingt der Spirochätennachweis. Dann ist man auf den Ausfall der SR angewiesen. Nur starke Hemmung beweist vor Ausbruch des Exanthems Lues bei einem Manne, der vorher Lues nicht gehabt hat. In den meisten Fällen wird es durch kombinierte Hg-Salvarsankur gelingen, eine negative SR zu erhalten. Tritt der Umschlag nicht ein, so ist dies kein gutes Omen. Eine Notiz ins Soldbuch über die stattgefundene Infektion ist wünschenswert, um den Kranken in Kontrolle zu behalten und bei passender Gelegenheit wieder zu behandeln. Bei den im Felde stehenden Soldaten ist eine Hg-Salvarsankur innerhalb der primitiven Reservestellungen unmöglich wegen der mangelnden Pflege und Ruhe. Bei dauernd positiver SR soll man von Zeit zu Zeit behandeln; diese Leute sind gegen körperliche Anstrengungen weniger widerstandsfähig (beginnende Aortitis), oder es entwickeln sich später spezifische Nervenkrankheiten. L. sah akut entstandene Aortenerkrankungen

Digitized by Google

nach energischer Kur zurückgehen. Auch bei Tabes lassen sich Remissionen erzielen. Bei unklaren inneren Fällen ist die SR auch diagnostisch wichtig, durch Aufdeckung der syphilitischen Natur des Leidens ist Heilung möglich und der Mann dem Heere zu erhalten.

Schuster: Die Frage, ob die metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems infolge der Anstrengungen des Krieges häufiger geworden sind, läßt sich nur schwer beantworten. Wenn man einen Tabiker daraufhin untersucht, so muß man sich fragen, ob die Symptome nicht schon vor dem Kriege vorhanden gewesen sind. Diejenigen Symptome, die absolut beweisend sind, wie aufgehobene Knierefiexe, Pupillenstarre usw., machen keine Beschwerden und bleiben dem Kranken unbemerkt. Andere Symptome kommen ihm zum Bewußtsein, wie die lanzinierenden Schmerzen. Diese haben aber keine solche Bedeutung; aber nur wegen dieser Erscheinungen kommt der Kranke zum Arzt. Wenn man einen Tabiker mit viel frischen syphilitischen Erscheinungen sieht, so muß man schließen, daß die Tabes hier frisch eingetreten ist. Es ist unrichtig zu glauben, daß Tabiker nicht auch frische Erscheinungen haben, wie Neuritis optica, Fazialislähmung usw.; die subjektiven Symptome, wie lanzinierende Schmerzen, sind vielleicht unter den Anstrengungen des Krieges zustande gekommen. Sch. hat den Eindruck, daß unser Volk einen großen Fonds von Widerstandskraft seiner Nerven besitzt. Der Einfluß der Behandlung auf Tabes und Paralyse ist sehr schwierig zu beurteilen. Er möchte noch kein abschließendes Urteil abgeben. Man darf nicht außer acht lassen, daß günstiger Verlauf auch ohne jede Behandlung beobachtet wird.

Baum: Der Truppenarzt kommt bisweilen in Verlegenheit, wie er sich einem latenten Luetiker gegenüber verhalten soll, wenn dieser eine neue Kur wünscht, die ihm vielleicht vorher anempfohlen worden ist. Der Arzt kommt nicht nur in einen Widerstreit zwischen seiner wissenschaftlichen Anschauung von der Notwendigkeit einer erneuten Kur und zwischen den Anforderungen des Staates. Vor allem könnte er durch Verweigerung einer Kur eventuell von dem Manne zur Verantwortung gezogen werden, der das Recht auf Behandlung hat.

H. E. Schmidt berichtet über seine Erfahrungen mit der Diathermiebehandlung der Blennorrhoe. Ihm ist seit kurzem erst eine Sonder-Diathermiestation unterstellt. Etwas Abschließendes läßt sich deshalb heute noch nicht sagen. Man kann wohl eine Blennorrhoe mit Diathermie heilen, aber es dauert sehr lange. Der Apparat ist sehr kostspielig, und die Technik kompliziert.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Referiert nach The British Journal of Dermatology, 1915, Nr. 4.)

Sitzung vom 18. März 1915.

1. Alopezie bei Kindern infolge Überdosierung von Röntgenstrahlen, von J. H. Stowers. Zwei Brüder wurden wegen Trichophytie des Kopfes von einem Nicht-Arzt mit Röntgenstrahlen behandelt. Obwohl ein Dosimeter benutzt wurde und die Bestrahlungsdauer nie über eine Stunde hinausging, stellte sich doch Entzündung und Haarausfall ein. Noch 5½ Monate nach Aussetzung der Behandlung finden sich haarlose Stellen, die Verfasser für dauernd hält.

Corbett hat in ähnlichen Fällen gute Erfolge von der Quecksilberlampe gesehen.

2. Fall von Baumwollensamen-Dermatitis, von J. A. Nixon. Der 42jährige Kranke war damit beschäftigt, ein Schiff mit Baumwollensamen zu entladen. Bald darauf stellte sich heftiges Jucken am Nacken und an den Armen ein, das in der Bettwärme

Digitized by Google

zunahm; am folgenden Tage entstanden rote Flecke, die wie Moskitostiche aussahen. Einige von ihnen bildeten Blasen, die eine wässerige Flüssigkeit entleerten. Es fanden sich bei dem Patienten isolierte, verstreut stehende urtikarielle Knötchen am Nacken und an den Vorderarmen, nur wenige an den Beinen. Sie waren blaßrot, derb, eleviert, von Erbsengröße. Nach den Angaben des Kranken waren $^2/_3$ der mit derselben Arbeit Beschäftigten an demselben juckenden Ausschlage erkrankt. Der Ausschlag verschwindet innerhalb einer Woche, wenn die Beschäftigung mit Baumwollensamen ausgesetzt wird; zu seinem Entstehen ist direkte Berührung erforderlich. Bemerkenswert ist die Angabe, daß nur die Baumwollensamen aus Alexandria Jucken hervorrufen, nicht aber die aus Smyrna. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Samen fand Verfasser einen lebenden Parasiten, der sehr dem Pediculoides ventriculosus ähnelte, wenn nicht mit ihm identisch war. Dieser ruft bei Getreidearbeitern einen juckenden Ausschlag hervor; da er besonders auf Gerste sitzen soll, nennt man den Ausschlag auch Gerste-Jucken. Ein Zoologe, der den Parasiten untersuchte, bestätigte die nahe Verwandtschaft mit Pediculoides ventriculosus.

3. Akarus bei Kopra-Jucken, von A. Whitfield. Der Kranke hatte zwei Attacken, die den Stamm und die Extremitäten befielen, aber das Gesicht frei ließen. Der Ausschlag bestand aus zahlreichen einzelnen oder gruppierten, follikulären Knötchen, die auf den ersten Blick wie ein seborrhoisches Ekzem aussahen. Verfasser konnte eine Kokosnuß untersuchen und fand auf der Oberfläche kleine Vertiefungen, in denen die Milbe saß.

In der Besprechung sagt Mac Leod, daß er einen ähnlichen Fall von Kopra-Jucken und mehrere von Baumwollensamen-Dermatitis gesehen habe. Die Untersuchung der Samen habe kleine Raupen gezeigt, auf denen Milben lebten, die als Pediculoides ventriculosus erkannt wurden.

4. Eruptionen durch eine „Blutmixtur," von George Pernet. Der 40jährige schlecht genährte Mann kam wegen eines schweren Jodexanthems im Gesicht zur Behandlung. Er gab an, daß er eine käufliche „Blutmixtur" eingenommen habe. Es ergab sich, daß diese sehr jodhaltig ist und der Patient mit zwei Flaschen mehrere hundert Gramm Jod eingenommen hatte. Außerdem hatte er einen syphilitischen Primäraffekt.

5. Erythema induratum Bazin, von George Pernet Bei einem 15jährigen Mädchen fanden sich an den Unterschenkeln die typischen erythematösen indurierten Stellen. Besserung unter Jodeisensirup und Aufnahme leichterer Arbeit.

6. Fall zur Diagnose (Tuberkulid?), von W. Knowsley Sibley. Bei der 18jährigen Patientin traten vor zwei Jahren, angeblich nach einer Erkältung, kleine dunkelrote Knötchen auf der Oberlippe auf, die sich bald auf die Wangen und die Nasenspitze ausbreiteten. Sie blieben dann stationär, ulzerierten nicht. Bei der Untersuchung fanden sich an den genannten Stellen isolierte oder in Gruppen geordnete, derbe, erhabene Knötchen. Sie liegen oberflächlich, sind von dunkelroter Farbe, mit gelblicher glänzender Oberfläche, von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. Bei Glasdruck bleiben graugelbe Flecke zurück. Die älteren Effloreszenzen zeigen leichte Fältelung an der Oberfläche, zentrales Einsinken, Erweiterung der oberflächlichen Gefäße und geringe Schuppung. Einige sind mit Hinterlassung einer kleinen atrophischen Narbe geschwunden. Die Oberlippe ist verdickt, auf der Schleimhautseite exkoriiert und verdickt. Histologisch fand sich in der Kutis ein Knötchen, bestehend aus schlecht gefärbten, durch Bindegewebszüge getrennten, epithelischen Zellen und Riesenzellen; das ganze Knötchen war von Bindegewebe umgeben. In der oberen Kutis ein dichtes Infiltrat.

In der Besprechung waren alle Redner einig, daß ein typischer Lupus vulgaris vorliege.

7. Fall zur Diagnose, von S. E. Dore und S. A. Kinnier Wilson. Der 54jährige Mann bemerkte vor 18 Monaten eine Schwellung unter dem Nagel des linken Zeigefingers; in der Folgezeit erkrankten alle Finger und Zehen; die Nägel zeigten längsverlaufende

Digitized by Google

Risse. die Finger waren blau, gespannt, ödematös, am ersten Phalangealgelenke verdickt, für Kälte sehr empfindlich. An den Füßen und den Unterschenkeln bestand deutliche Thermoanästhesie. Verfasser denken an Lepra.

8. Lichen scrophulosorum beim Erwachsenen, von H. G. Adamson. 18jähriger Patient mit Lupus vulgaris und Wirbeltuberkulose. Es finden sich vier ovale Flecke, die aus Gruppen braunroter, follikulärer, stecknadelkopfgroßer Knötchen bestehen.

9. Makulöse Atrophie nach einem sekundären Syphilid, von H. G. Adamson. Bei dem 38jährigen Manne finden sich am Stamme und unter dem rechten Auge runde oder ovale, in der Spaltrichtung der Haut gelegene atrophische Flecke. Sie sind von blaß-lila Farbe und geben beim Zutasten das Gefühl, als ob ein mit einer dünnen Membran bedecktes Loch sich in der Haut befinde. Die Flecke traten 10 oder 12 Monate nach dem Verschwinden eines sekundären Syphilids auf; ein Übergang des Exanthems in die Atrophie konnte nicht nachgewiesen werden.

10. Naevus linearis bei Mutter und Kind, von H. C. Samuel. Die 26jährige Patientin hatte einen wie flache Warzen aussehenden lineären Nävus, der in ihrem 16. Lebensjahre zuerst an der Brust und der Axilla und erst neun Jahre später am Halse und Unterarme aufgetreten war. Die 9jährige Tochter der Patientin zeigte den Beginn derselben Veränderungen an denselben Stellen.

11. Generalisierte atrophische Sklerodermie mit Sklerodaktylie, von F. Parkes Weber. Im selben Hefte als Originalarbeit erschienen.

12. Gleichzeitiger Herpes zoster am dritten und achten linken Dorsalsegment, von E. G. Graham Little. Bei dem elfjährigen Knaben begann die Affektion zuerst im achten Dorsalsegment; ohne vorhergehende Schmerzen traten mehrere Flecke mit typischen Herpesbläschen auf, die sich von der vorderen zur hinteren Mittellinie erstreckten. An den zwei folgenden Tagen traten im Bereiche des dritten Dorsalsegmentes zwei Flecke auf, einer an der Brustwarze, einer an der Spina scapulae. Der Zwischenraum zwischen den beiden Zonen, der fünf Dorsalsegmenten entsprach, war völlig frei von Krankheitserscheinungen. Das gleichzeitige Befallensein von zwei Segmenten ist bemerkenswert. Die Affektion entstand im Anschluß an einen Fall.

13. Dermatitis herpetiformis, von E. G. Graham Little. Bei dem achtjährigen Knaben traten vor 15 Wochen kleine Blasen am Nacken und an der linken Hüfte auf, die als Impetigo angesehen und mit Salbe behandelt wurden. Die Affektion verschlimmerte sich jedoch und bot folgendes Aussehen: auf der oberen Brust in einer dreieckigen Fläche dichtgedrängte, meist herpetiform angeordnete Bläschen auf entzündeter Basis. Bläschen und Blasen auf weniger roter Basis um den Nabel und am Abdomen. In der linken Hüfte, hinüberziehend über die Peniswurzel nach der rechten, ein stark entzündeter Streifen mit großen Blasen; ein ähnlicher am Nacken und zwischen den Schulterblättern. Vereinzelte, teils gruppierte Blasen an den Füßen und hinter den Ohren. Die Mundschleimhaut war frei. Die Effloreszenzen waren zumeist stecknadelkopfgroß, vereinzelte aber auch bis halbmandelgroß; sie verursachten heftiges Jucken und störten den Schlaf.

14. Epitheliom am rechten Schenkel, von E. G. Graham Little. Die Affektion wurde zuerst als Ulcus rodens, dann aber als Pagetsche Krankheit angesehen; die mikroskopische Untersuchung hat aber wieder die erste Diagnose retabliert. Doch finden sich einige ungewöhnliche Momente; so ist der Sitz äußerst bemerkenswert. Ferner waren die Ränder nicht hart, die Oberfläche zeigte eine eigentümliche, tomatenähnliche, rote Färbung; innerhalb dieser fanden sich einige Epidermisinseln. An der Stelle der Affektion soll sich früher ein Pigmentmal befunden haben; vor drei Jahren wurde dessen Oberfläche durch ein Trauma erodiert, und seither hat die Ulzeration langsam weitergegriffen. Die Leistendrüsen waren nicht vergrößert. Heilung durch Exstirpation.

Digitized by Google

Sitzung vom 15. April 1915. (Brit. Journ. of Derm., 1915, Nr. 5.)

1. Ulcus rodens, von GEORGE PERNET. Bei dem 26jährigen Patienten begann die Affektion vor zwei Jahren mit einem kleinen „Blütchen" in der linken Nasoorbitalregion. Dieses vergrößerte sich allmählich und wurde zu einem typischen Ulcus rodens. Bemerkenswert ist das jugendliche Alter des Kranken.

2. Gelbfärbung der Haut durch Pikrinsäure, von GEORGE PERNET. Der 40jährige Mann ist in einer Granatenfabrik beschäftigt. Durch die Hantierung mit Pikrinsäure ist die Haut, besonders des Kopfes, des Halses und der Hände gelb gefärbt; ebenso sind die Kopfhaare, die Augenbrauen und die Wimpern gelb verfärbt.

3. Persistierendes Geschwür der rechten Fußsohle nach Röntgenbestrahlung, von E. G. GRAHAM LITTLE. Die 24jährige Patientin war wegen einer Warze der rechten Fußsohle fünfmal durch $2^1/_2$—4 Minuten in einwöchentlichen Abständen mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Eine Woche nach der letzten Bestrahlung entstand ein tiefes Geschwür mit breitem, rotem Rande. Nachdem es sich innerhalb von drei Wochen verkleinert hatte, brach es bei Wiederaufnahme der Beschäftigung neuerlich auf und vergrößerte sich unter lebhaften Schmerzen.

4. Folliculitis decalvans et atrophicans, von E. G. GRAHAM LITTLE. Die 55jährige Patientin hatte vor zehn Jahren einen entzündlichen Prozeß am Scheitel, der mit Haarausfall und Bildung kahler Stellen endigte. Vor fünf Monaten entstand unter heftigem Jucken ein ähnlicher Prozeß an der Stirn und den Seiten; gleichzeitig erschien eine juckende Eruption in den Achseln, den Leisten und den Ellenbeugen. An den genannten Stellen bestand eine gruppierte Follikulitis, die dem Lichen spinulosus ähnlich sah. In den Achseln und den Leisten waren die Haare ebenfalls ausgefallen. Es handelte sich um eine Folliculitis decalvans; die Affektion in den Achseln und den Leisten war vielleicht eine beginnende DARIERsche Krankheit.

5. Multiples Ulcus rodens der linken Wange von ungewöhnlich kurzer Dauer, von E. G. GRAHAM LITTLE. Der 43jährige Mann hatte sich bei der Arbeit an der linken Wange zwei Wunden zugezogen. Am äußeren Augenwinkel entstand ein Abszeß. Bei der Untersuchung fand sich dort ein seichtes Geschwür mit erhabenem, derbem Rande, das beide Augenlider und die angrenzenden Wangenpartien einnahm. Etwas weiter unten ein wachsartiges Knötchen. Klinisch bot sich das typische Bild des Ulcus rodens. Keine Drüsenschwellung.

6. Syphilitische Gummata bei einem Kranken mit Diabetes insipidus, von J. H. SEQUEIRA. Der 35jährige Patient hatte typische gummöse Infiltrationen am Ellenbogen, an der Innenseite des Oberarmes und im oberen Teile des Unterarmes der rechten Seite. Die Affektion hatte sich innerhalb von zwei Monaten entwickelt und nicht zu Ulzeration geführt. Der Kranke litt an Diabetes insipidus, der wohl syphilitischer Natur sein dürfte.

7. Fall zur Diagnose, von S. E. DORE und S. A. KINNIER WILSON. Zu dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Falle trägt WILSON den genauen neurologischen Befund nach. Dieser veranlaßt ihn, Syringomyelie auszuschließen und Lepra anzunehmen.

8. Kulturen von Favus der unbehaarten Haut, von S. E. DORE. Verfasser zeigt Kulturen von dem in der Februarsitzung vorgestellten Falle. Sie sind nicht sehr typisch. Während Verfasser sie für alte Kulturen von Achorion QUINCKEANUM hielt, lehnen andere Verfasser diese Diagnose ab.

9. Fall von Epidermolysis bullosa, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 50jährige Kranke leidet seit dem zweiten Lebensjahre an Blasenausbrüchen, die sie zu wiederholten Malen auf lange Zeit ins Krankenhaus geführt haben. Die Blasen haben nie das Gesicht, den Kopf, die Lendengegend und die Fußsohlen befallen. Die Haut, die in der Kindheit

Digitized by Google

sehr empfindlich war, weist an den befallenen Stellen nur Brennen auf. Bei dem geringsten Trauma treten die Blasen auf; in der letzten Zeit bevorzugen diese die Nähe der großen Gelenke. Bei der Untersuchung fanden sich oberflächliche Narben und Pigmentflecke auf der Brust, den Schultern, der Streckseite der Arme und Beine. Frische Blasen waren am rechten Olekranon, an den Knien und am rechten Fußrücken. Die Haut der Hände war faltig, narbig, am rechten Handrücken fand sich eine hämorrhagische Blase. Die Handflächen waren verdickt, die Nägel der Finger und Zehen fehlten und waren durch narbiges Gewebe ersetzt. Auch die Mundschleimhaut wies Narben auf.

10. Favus des Kopfes und Stammes, von J. H. Sequeira. Bei den Zwillingen war der Kopf gänzlich befallen. Außerdem zeigte der Knabe am Rücken, das Mädchen auf der Schulter große, unregelmäßige, schwefelgelbe Herde. Es fand sich Achorion Schoenleinii.

11. Fall von Erbsyphilis, von Haldin Davis. Das Kind zeigt Hutchinsonsche Zähne von interstitieller Keratitis. An der Nase finden sich tertiäre Ulzerationen, das Nasenseptum ist geschwunden. Der weiche Gaumen wurde bereits früher zerstört; ebenso finden sich Narben an den Wangen.

12. Fall von Lichen planus, von Douglas Heath. Bei dem 56jährigen Pat. besteht das Leiden angeblich seit Kindheit; in den letzten 10—15 Jahren sollen die einzelnen Herde, besonders an den Fingern und Handrücken, größer geworden sein. Im Sommer und Winter soll die Affektion höher sein, im Frühjahr und Herbst wieder abflachen. Die Finger sind auf der Dorsalseite mit erhabenen, bläulichroten, glatten, glänzenden Herden bedeckt. Am Körper finden sich zahlreiche Pigmentflecke. An der Ober- und Innenseite des rechten Oberschenkels ein schmaler Streifen atrophischer Haut, der sich gegen das Perineum hinzieht. Er ist offenbar der Rest nach lineärem Lichen planus; an der Außenseite desselben Schenkels findet sich ein blaßroter Streifen von lineärem Lichen planus.

13. Kulturen von Tinea mikrosporon der Kopfhaut beim Erwachsenen, von J. H. Sequeira und W. J. Aliver. Im Aprilheft ausführlich beschrieben.

R. Frühwald-Leipzig.

The British Journal of Dermatology.

Juni—Juli 1915.

1. Falsche Erythromelalgie. Bemerkungen über die nichtsyphilitische Arteriitis obliterans bei Juden, von F. Parkes Weber. Der 38jährige Jude aus Böhmen war immer gesund, nicht syphilitisch infiziert, ist mäßiger Zigarettenraucher. Das jetzige Leiden begann vor drei Jahren; die peripheren Teile des linken Fußes wurden rot oder zyanotisch. Wenn der Kranke ging, mußte er etwa alle fünf Minuten stehen bleiben, da sich starker Schmerz in der Fußsohle einstellte, der in der Ruhe rasch verschwand. Nach etwa zwei Jahren schwand das Leiden, doch stellten sich dieselben Erscheinungen im rechten Fuße ein. Der Kranke konnte nur fünf Minuten ununterbrochen gehen; er hatte aber nie die krampfartigen Wadenschmerzen, wie sie beim intermittierenden Hinken sich finden. Bei der Untersuchung fand sich der rechte Fuß rot und bläulichrot, der linke Fuß war von normaler Farbe; doch konnte auf beiden Seiten keine Pulsation der Arteria dorsalis pedis oder der anderen Fußarterien gefühlt werden. Sonst fanden sich keine bemerkenswerten Veränderungen. Die eingeleitete Therapie, Heißluft, Stauung usw. brachte nur wenig Besserung.

Verfasser bespricht dann kurz das Krankheitsbild, das fast ausschließlich bei erwachsenen Juden, besonders aus dem Osten, vorkommt; es befällt arme und reiche Leute. Die Affektion ist nicht durch Syphilis bedingt; dem starken Zigarettenrauchen schiebt

Digitized by Google

Verfasser wohl einen zu geringen ätiologischen Einfluß zu, als ihm tatsächlich zukommt. In manchen Fällen muß, hauptsächlich wegen der starken Schmerzen, zur Amputation geschritten werden.

2. Die pemphigoiden Eruptionen, von J. M. H. Mac Leod. Unter „Pemphigoid" will Verfasser hier nur die als Dermatitis herpetiformis beschriebene Pemphigusvarietät verstanden wissen. Auf Grund von etwa 100 Fällen, zu $^1/_4$ aus der eigenen Beobachtung, zu $^3/_4$ aus der englischen Literatur, gibt er einen Überblick über diese Affektion. Diese hat drei Hauptcharakteristika, die stets zu irgend einer Zeit im Verlaufe zu beobachten sind, und deren Fehlen Zweifel an der Diagnose berechtigt, nämlich: Multiformität der Eruptionen, herpetiforme Gruppierung und heftige subjektive Beschwerden. Die Polymorphie ist bedingt 1. durch die Verschiedenheit der Primäreffloreszenzen, 2. durch das gleichzeitige Vorkommen der verschiedenen Typen, 3. durch das Wechseln der Typen bei den einzelnen Anfällen, 4. durch die verschiedenen Entwicklungsstufen der Effloreszenzen und 5. durch die mannigfaltigste Verteilung und Gruppiernng. Die Primäreffloreszenzen sind Papeln, Papulovesikeln, Bläschen, Blasen und erythematöse oder urtikarielle Flecke. Die Polymorphie wird noch erhöht durch sekundäre, durch Kratzen, Reiben und pyogene Infektion bedingte Momente, wie Lichenifikation, Ekzematisation und Pustulation. Durch Abheilung der Effloreszenzen kommt noch Pigmentierung hinzu.

Die Gruppierung der Primäreffloreszenzen wie beim Herpes zoster ist das zweite Hauptmerkmal, fehlt aber öfter bei Fällen im Kindesalter. Die subjektiven Symptome sind Prickeln, Jucken, Brennen oder neuralgische Schmerzen; sie tragen meist paroxysmalen Charakter.

Die folgenden Symptome gehören zu den weniger konstanten. Das Allgemeinbefinden ist meist gut, selbst wenn die Haut in ausgedehnter Weise befallen ist; nur manche Fälle beginnen mit Allgemeinerscheinungen wie Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Erbrechen usw. Besteht die Krankheit sehr lange, so kann es infolge der subjektiven Beschwerden zu sekundärer Alteration des Befindens kommen, Schlaflosigkeit, Nervosität, Prostration usw. Die Schleimhäute sind in typischen Fällen nicht befallen. Doch kommen ab und zu auch erythematöse Flecke, Bläschen und oberflächliche Ulzerationen vor, meist an der Zunge, der Wangen- und Lippenschleimhaut, selten am Genitale und der Konjunktiva. Im Blute findet sich oft Eosinophilie, die in einzelnen Fällen hohe Grade erreichen kann. Doch ist dies Vorkommnis nicht so konstant, daß es in diagnostischer Hinsicht verwertet werden könnte, wie manche Verfasser wollten. Eosinophile Zellen wurden auch im Blaseninhalt und in dem Kutisinfiltrate gefunden. Im Urin wurde öfters Indikan gefunden. Der Verlauf der Affektion ist chronisch; sie kann kontinuierlich bestehen, meist erfolgt sie aber in Attacken, die durch völlige Remissionen getrennt sind.

Histologisch finden sich die Bläschen entweder im Epithel, oder zwischen diesem und der Kutis. Die umgebenden Stachelzellen sind meist ödematös, die interepithelialen Lymphspalten sind erweitert. In der papillaren und subpapillaren Schicht sind die Kapillaren und die Lymphgefäße erweitert, das Bindegewebe ödematös, dicht infiltriert.

Hinsichtlich der Ätiologie hat Verfasser gefunden, daß weder Alter, Geschlecht oder der Allgemeinzustand irgend einen Einfluß hat. Von auslösenden Momenten ist in erster Linie die Schwangerschaft zu nennen; hierher gehören die als Herpes gestationis, H. gravidarum und Hydroa gravidarum beschriebenen Fälle. Auf den Verlauf der Schwangerschaft übt das Leiden keinen Einfluß aus. Ferner sind zu nennen Menstruationsstörungen, nervöse Erregungen, Vakzination, Einnahme von Medikamenten.

Die Pathogenese der Erkrankung ist völlig unklar; am meisten Anklang hat die

Digitized by Google

Hypothese, daß es sich um eine Autointoxikation handle, die auf indirektem Wege, über das Nervensystem, die Hauterscheinungen hervorruft. Bei der Besprechung der Diagnose führt Verfasser zunächst aus, daß er die Impetigo herpetiformis für wesensgleich mit einem eitrigen Herpes gestationis hält. Er trennt die Dermatitis herpetiformis aber streng vom Pemphigus chronicus. Als unterscheidende Merkmale betrachtet er auf der Seite des letzteren: Uniformität der Eruption, die größere Dimension der Blasen, die disseminierte, irreguläre Lokalisation, das häufige Befallensein der Mundschleimhaut, das Fehlen von subjektiven Erscheinungen und die bei der Nekropsie gefundenen Alterationen des Nervensystems. Die Therapie ist nach wie vor machtlos gegen das Leiden; sie kann nur symptomatisch sein. Arsen, das früher als Heilmittel warm empfohlen wurde, hat seinen Ruf auch nicht bewährt. Salvarsan konnte ebenfalls nur Besserung bewirken.

Das Juliheft bringt die Aussprache zu diesem Vortrage. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Über das Geschlechtsleben und seine Gefahren, von Carl Uhl. (Leipzig, Johann Ambrosius Barth.) Für alle diejenigen, die sich mit dem heiklen Thema der sexuellen Aufklärung zu befassen haben, ist dieser vor Lehrlingen bei Entlassung aus der Gewerbeschule in München gehaltene Vortrag ein passendes Paradigma. Die Gefahren, die der Gesundheit aus dem Geschlechtsleben, speziell aus dem außerehelichen Geschlechtsverkehr erwachsen können, werden dem Verständnis der Laien, auch der Jugendlichen, dadurch nahe gebracht, daß der Verlauf der Geschlechtskrankheiten und ihre Folgezustände diesem Verständnis angepaßt kurz geschildert werden.

E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Im Anschlusse an angeborener Syphilis entwickelte und zurückgebliebene vollkommene Epiphyseolysis, von J. Vas-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1913, Nr. 47.) Bei einem zwei Monate alten Kinde wurde vor fünf Jahren die Diagnose auf Lues congenita gemacht. Auf dem rechten Arm Pseudoparalysis mit gemäßigter Gedunsenheit. Der linke Oberarm ist ebenfalls gedunsen, schmerzhaft; die gedunsenen Stellen sind weich und lokalisiert um den Kopf des Oberarms; ebenfalls ist das Ende der oberen Epiphyse des linken Unterschenkels. Auf dem linken Oberarm aber, auf dem nach der Angabe der Eltern die Gedunsenheit weich geworden und vereitert ist, sind jetzt noch nach fünf Jahren Spuren vorhanden. Das Kind kann den Arm bis zur Schulterhöhe heben, darüber hinaus aber verrenkt sich der Arm nach rückwärts, aus welcher Lage er teils durch Muskelkraft, mehr aber noch durch eigenes Gewicht zurückfällt. An dem oberen Ende des Oberarms ist eine Narbe einer geheilten Fistelöffnung zu sehen. Mit Röntgen kann konstatiert werden, daß die Epiphyse des linken Oberarms sich von der Diaphyse losgetrennt hat. Die Diaphyse ist im Wachstum wesentlich zurückgeblieben, die Epiphyse aber ist wesentlich weitergewachsen. In diesem Falle liegt ein Fall von Osteochondritis luetica mit Epiphyseolyse vor.

M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Syphilis der Wirbelsäule; deren Symptome und nervöse Komplikationen, von J. R. Hunt-New York. (Am. J. m. sc., August 1914.) Fälle von syphilitischer Erkrankung der Wirbelsäule sind nach einer Zusammenstellung von Ziesche (1911) insgesamt bisher 88 verzeichnet. Verfasser schildert ziemlich ausführlich noch vier Fälle seiner eigenen Beobachtung und stützt seine Deduktionen unter Einschluß von acht inzwischen von Fry, Sachs und Oppenheim mitgeteilten Beobachtungen auf 100 Fälle. Die Möglichkeit der luetischen Ätiologie soll bei akuter oder chronischer Spondylitis niemals außer acht gelassen werden. Der syphilitische Prozeß fängt manchmal ganz akut an, so daß Rheumarthritis vorgetäuscht wird, manchmal ganz langsam und schleichend. Mehr als die Hälfte der bisherigen Berichte beziehen sich auf den Zervikalteil der Wirbelsäule, wenn auch kein einziges Gebiet der letzteren eigentlich immun ist. Bei 25% der Fälle waren Komplikationen seitens des Nervensystems teils am Rückenmark selbst, teils an den Wurzeln und Plexus der Nerven zu konstatieren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Schädelsyphilis mit großen Sequestern, von J. Nicolas, H. Moutot und J. Gaté. (Province méd., 1914, Nr. 22.) Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von ausgedehnter Knochensyphilis des Hirnschädels. In beiden Fällen liegt die Infektion lange Jahre (8 bzw. 14) zurück. Die Knochenerkrankung begann 3 bzw. 4 Jahre vor dem zuletzt aufgenommenen Krankheitsbefund mit äußerst heftigen, abends und nachts exazerbierenden Kopfschmerzen von besonderer Hartnäckigkeit. Eine antisyphilitische Behandlung hat nach der Infektion überhaupt nicht stattgefunden, sondern erst von dem oben erwähnten Zeitpunkt ab, und zwar sowohl mit Hg wie mit Jod, in beiden Fällen aber absolut wirkungslos. Schließlich waren im ersten Fall handgroße Geschwüre auf dem behaarten Kopf mit Fistelöffnungen an der Stirn, im zweiten ein handflächengroßes Geschwür an der Stirn entstanden. Die Behandlung bestand in nach jetzigen Anschauungen nicht gerade sehr energischer Salvarsanapplikation (2 Einspritzungen zu 0,3 und 0,45 Salvarsan), der dann die operative Entfernung der Sequester folgte. In dem einen Falle handelte es sich dabei um multiple Sequester, in dem zweiten um einen Sequester von der Größe der Handfläche eines Erwachsenen, nach dessen Wegnahme die Dura mater freilag.

E. Klemm-Leipzig.

Kopftrauma und Syphilis als Ursachen von Verbrechen, von Bernard Glueck. (Bull. Am. acad. of M., Juni 1914.) Verfasser weist an der Hand einiger Beispiele darauf hin, daß in manchen Fällen, wo ein sonst normales Individuum plötzlich kriminell wird, ein Kopftrauma oder Syphilis in der Vorgeschichte nachgewiesen werden kann. Diese beiden Erkrankungen schaffen die geistige Minderwertigkeit, aus der dann das Verbrechen ententspringt. Deshalb muß in den oben genannten Fällen sorgfältig nach den beiden ätiologischen Faktoren geforscht werden, um einen Rechtsirrtum zu vermeiden.

R. Frühwald-Leipzig.

Polyarthritis syphilitca acuta, von Joseph Guszman-Budapest. (W. med. W., 1915, Nr. 4.) Der Bericht von drei Beobachtungen teilt bezüglich der ersten mit, daß die Gelenkentzündung im fünften Monat post infectionem einsetzte. Schmerzhaftigkeit und mäßige Fiebersteigerung hielt vier Tage an. Im zweiten Falle begannen die Symptome 14 Monate nach der Infektion und hielten etwa vier Wochen an. Beim dritten Patienten stellten sich Schmerzen und Gelenkschwellungen im siebenten Monat der Krankheit ein und verschwanden nach fast drei Monaten. Charakteristisch sind die nachts exazerbierenden Schmerzen. Therapeutisch bewirken hohe Joddosen einen raschen Ablauf.

H. Vörner-Leipzig.

Über die Häufigkeit der Syphilis in den inneren Organen, von O. Weill. **Sur la fréquence de la syphilis dans les affections viscérales,** par O. Weill.

Digitized by Google

(Ann. et Bull. de la soc. roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles, 1913, Nr. 10.) Bei einer Gesamtzahl von 1316 Kranken der inneren Klinik waren 295 Syphilitiker, d. h. 22,42% oder in runden Ziffern auf je fünf Kranke ein Syphilitiker. Der Verfasser hält diese Ziffer in Wirklichkeit noch zu gering, da nur die positiven WR berücksichtigt sind, die negativen Fälle trotz Syphilisanamnese nicht gezählt sind. Die Frage, ob die Syphilis eine Prädisposition für gewisse akute Erkrankungen abgibt, beantwortet W. für Rheumatismus, Typhus und Meningitis verneinend, hingegen für eine große Zahl von akuten Lungenaffektionen, bes. Pneumonie, bejahend. Sämtliche Fälle von Tabes, Paralyse, Aortenaneurysma und Gehirnsyphilis hatten entweder positive WR oder sichere syphilitische Anamnese. Unter 58 Fällen von Meningomyelitiden und Paraplegien waren 51 Syphilitiker. Bei den Epileptikern, bei denen das klinische Bild Syphilis als Ursache erwarten ließ, war die WR stets positiv. Bei den anderen Epileptikern stets negativ. Bei 62 Fällen von Arteriosklerose fand sich nur zehnmal WR positiv; bei 14 Diabetikern einmal. Die Zahl der Tuberkulosefälle war bei den Syphilitikern nicht größer wie bei den Nichtsyphilitikern. Die Gesamtsterblichkeit der Syphilitiker verhielt sich zu den Nichtsyphilitikern wie 3:2. In drei Fällen von Pneumonie war die WR positiv, nach dem Temperaturabfall negativ. Eine spezifische Anamnese lag nicht vor. Für die Ansicht, daß Bleikrankheit, Krebs, Malaria an und für sich eine positive WR machen könne, ergab die Statistik dem Verfasser keinen sicheren Anhalt. E. Brinitzer-Altona.

Mediane rhombische Glossitis des Zungenrückens, von Jourdanet. (Lyon méd., 1914, Nr. 29.) Verfasser demonstriert einen 52 jährigen Mann, früheren Syphilitiker. Er zeigt in der Medianlinie der Zunge eine Reihe von Buckel, die durch tiefe, gehirnwindungenähnliche Furchen voneinander getrennt sind. Der Herd reicht von den Papillae circumvallatae bis zum vorderen Zungendrittel, ist 1—2 cm breit, scharf umschrieben, derb. Die Buckel sind $^1/_2$ cm hoch; die Schleimhaut ist papillenlos, glatt, rötlich. Keine subjektiven Beschwerden. Verfasser diagnostizierte die von Brocq und Pautrier beschriebene Erkrankung und bespricht ihre Differentialdiagnose gegen Syphilis, Leukoplakie, Lingua geographica usw. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilis des Ösophagus, von U. J. Wile. (Am. J. m. sc., Aug. 1914.) Eine 40 jährige Frau, welche wegen „Halsleidens" in Behandlung war, wurde dem Verfasser überwiesen, weil sich plötzlich eine Unpassierbarkeit des Ösophagus zu erkennen gab. Pat. gab an, daß Schlingbeschwerden leichterer Art schon seit acht bis neun Jahren bestanden hätten und gelegentliche Erstickungsanfälle seit etwa sechs Jahren. Das Röntgenbild ergab eine starke Verengung der Speiseröhre an zwei Stellen, und die Sondierung gelang nur mit den feinsten filiformen Bougies. Die Anamnese wies auf Lues hin. Unter Sondenbehandlung und kombinierter Salvarsan- und Quecksilbertherapie trat eine sehr bedeutende Besserung ein. Verfasser betont die Zweckmäßigkeit der fluoroskopischen Untersuchung unter Verwendung von Bismuthpaste für diese Untersuchungen. Fälle dieser Art dürften vielfach als karzinomatös gegolten haben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg, Chefarzt in einem Kriegslazarett, hat das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Dezember 1915 | Nr. 49 | Band 61

Aus der ersten inneren Abteilung des städtischen R. Virchow-Krankenhauses zu Berlin, Vereinslazarett (Direktor: Prof. Dr. L. Kuttner).

Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii).

Von

Dr. W. Fischer und Dr. H. Leschcziner.

Unsere Kenntnisse von den Ursachen des Krankheitsbildes, welches gemeinhin als Morbus Addisonii bezeichnet wird und dessen klinisch hervorstechendstes Symptom eine diffuse progrediente Hyperpigmentation der Haut ist, sind vorläufig noch recht unsichere. Wir wissen nur, daß dabei in den meisten Fällen eine Läsion der Nebennieren vorhanden ist, und neuere Arbeiten von Meirowsky, Königstein, Bittorf u. a. haben ergeben, daß die Funktionsstörungen dieses Organs mit den Hautveränderungen in einem zweifellosen Zusammenhang stehen. Wie aber die primäre Nebennierenschädigung entsteht, ist in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle vollkommen unklar. Schon frühere Autoren wie Lewin und Schmey erwähnen zwar Traumen als gelegentliche Ursache, ohne jedoch sichere Beweise dafür geben zu können. Soweit wir die Literatur überblicken, existieren bis jetzt nur zwei sichere Beobachtungen, bei denen im Anschluß an eine Verletzung (Stoß resp. Quetschung der Bauchorgane mit Rippenbruch) ein Addison auftrat; sie stammen von Borrmann (Arch. f. klin. Med., 1906) und Riemann (Inauguraldiss., München 1913).

Wir konnten im Verlaufe der letzten Monate einen in dies Gebiet hineingehörigen Fall beobachten, der uns auch dermatologisch so viel des Interessanten zu bieten scheint, daß wir seine kurze Beschreibung[1]) hier für angezeigt halten.

Der 21jährige Musketier Pr., dessen Familienanamnese, außer einer Tuberkulose der Mutter, nichts Beachtenswertes ergibt, wurde am 12. Febr. 1915 durch einen Gewehrschuß am Unterleib verletzt. Die Einschußöffnung saß halbhandbreit nach rechts von der Medianlinie am Rücken in Höhe des vierten bis fünften Lendenwirbels, die Ausschußöffnung handbreit oberhalb des

[1]) Eine eingehende Publikation durch Dr. Leschcziner erfolgt in Virchows Archiv.

Digitized by Google

Nabels. Am 24. Febr. wurde der Patient, dessen Wunde eine reaktionslose Heilungstendenz zeigte und der vorläufig keine nennenswerten Störungen seitens der Bauchorgane aufwies, mit einem Krankentransport eingeliefert. Anfang März fiel dem behandelnden Arzte eine starke braune Pigmentierung der Bauchhaut auf, für die sich eine äußere Ursache nicht nachweisen ließ.

Das vermehrte Pigment lag, wie an mikroskopischen Schnitten festgestellt wurde, hauptsächlich und zwar in körniger Form im Rete Malpighi und zeigte keine Eisenreaktion. Im Bindegewebe war es gegenüber der Norm nicht vermehrt.

Wir versuchten nun festzustellen, ob die Haut des Patienten auch auf äußere Reize hin mit einer verstärkten Pigmentierung reagierte und bestrahlten zu diesem Zwecke eine nicht sehr veränderte Stelle am Rücken mit der Quarzlampe (1 Minute, angedrückt). Nach dem Abklingen der Dermatitis trat in der Tat entsprechend dem belichteten Bezirk eine intensive, allmählich sich verstärkende dunkelbraune Verfärbung auf, die noch jetzt nach sieben Monaten deutlich sichtbar ist. Angeregt wurden wir zu diesem Versuche durch die schon mehrere Jahre zurückliegende Beobachtung des einen von uns (Fischer), der bei einem Tuberkulösen mit ausgedehnter fleckförmiger Dermatomykose des Rumpfes eine monatelang anhaltende, tiefbraune Pigmentierung der erkrankten Partien gesehen hatte. Bei diesem Patienten konnten damals durch Quarzlampenbestrahlung und durch andere entzündungserregende Mittel experimentell ebenfalls langanhaltende Pigmentierungen erzeugt werden. Nach dem Tode hatte schließlich die Sektion eine ausgedehnte tuberkulöse Verkäsung der Nebennieren ergeben, so daß augenscheinlich ein Zusammenhang zwischen vermehrter Pigmentbildung und einer Störung der Nebennierenfunktion vorlag, ohne daß es allerdings zu einer spontanen Pigmentvermehrung in der Haut gekommen war.

Der positive Ausfall dieses Versuches bestärkte die Vermutung, daß es sich bei dem Patienten um eine Verletzung der rechten Nebenniere mit nachfolgender Funktionsstörung handeln könne, und die genauere Beobachtung auf der inneren Abteilung unseres Krankenhauses (Dr. Leschcziner) bestätigte diesen Verdacht vollkommen.

Wir registrieren als bemerkenswerteste Symptome, die für die Diagnose in Betracht kommen:

1. Lymphozytose (39%);
2. Blutdruckherabsetzung auf durchschnittlich $^{50}/_{90}$ (normal $^{80}/_{125}$);
3. Hypoglykämie 0,07—0,048 (normal 0,08—0,09) und Erhöhung der Kohlehydrattoleranz;
4. leichte Veränderungen des Purinstoffwechsels;
5. schnelle Ermüdung bei körperlichen Anstrengungen;
6. gedrückte, weinerliche, schwankende Stimmung mit fehlenden Affekten;

Digitized by Google

7. allmählich zunehmende Pigmentierung der Haut; ausgehend von der Unterbauchgegend und sich auf die Achselhöhlen, Leistenbeugen und den übrigen Rumpf verbreitend (die Schleimhäute sind bis jetzt frei geblieben);
8. die hierunter referierten Versuche über Pigmentbildung an überlebenden Hautstücken nach den Methoden von Meirowsky und Bittorf, die hier zum erstenmal an Lebenden ausgeführt wurden.

Meirowsky wies 1911 (Münch. med. Wochenschr.) nach, daß in der Haut von Addison-Kranken durch Erhitzung im Paraffinschrank im Gegensatz zu Hautstücken von normalen Leichen noch fünf Tage nach dem Tode eine intensive Pigmentierung hervorgerufen werden kann. Er nimmt an, daß der Pigmentstoffwechsel durch die Funktion der Nebennieren reguliert wird, indem dabei bestimmte Eiweißspaltungsprodukte der Epidermis (Tyrosin und seine Derivate) weiter verarbeitet werden. Bei einer Störung in dieser Regulation würden dann diese Stoffe in der Epidermis durch Oxydasen in Pigment umgewandelt, bevor eine Resorption in die Blutbahn stattfinden kann. Schon früher (1910) hatte Königstein (Wien. klin. Wochenschr.) experimentell eine gesteigerte Pigmentbildungsfähigkeit an Hautstücken von Hunden festgestellt, denen die Nebennieren exstirpiert waren. Umgekehrt konnte er dieses Phänomen wieder aufheben, wenn diesen Tieren Adrenalininfusionen gemacht wurden. Auch aus diesen Versuchen geht ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Hautpigment und Nebennierenfunktion hervor.

Die Mitteilung von Bittorf im Arch. f. klin. Medizin, Bd. 75 aus dem Jahre 1914 beschäftigt sich ebenfalls im wesentlichen mit der Entstehung des Pigmentes beim Addison. Er verlegt den Ort der Entstehung ausschließlich in die Epidermis, und tritt für einen direkten Zusammenhang mit der Nebennierenläsion ein. Bei der Nachprüfung der Meirowskyschen Versuchsanordnung wendet er nicht eine bloße Erhitzung an, sondern setzt den Flüssigkeiten aromatische Substanzen (Adrenalin, Tyrosin) zu; er geht dabei von der Überlegung aus, daß die Produkte, welche zur Pigmentbildung führen, eine chemische Verwandtschaft zum Adrenalin und Tyrosin haben, so daß es also bei vermehrtem Vorhandensein von Propigmenten in der Addison-Haut durch die Anwesenheit dieser Stoffe zu schnellerer und intensiver Pigmentbildung in derselben kommen muß. Die Resultate seiner Versuche entsprechen dieser Annahme.

In der gleichen Versuchsanordnung unterwarfen wir dem lebenden Patienten entnommene kleine Hautstückchen von der Bauchgegend der Erhitzung. Als Kontrolle benutzten wir Haut von einem gesunden, brünetten Manne von der entsprechenden Körperstelle. Wie die folgende Tabelle zeigt, sind die Resultate im Sinne Meirowskys und Bittorfs einwandsfrei positiv. Die Stärke der Nachpigmentierung ist durch die Zahl der Kreuze veranschaulicht, wobei + eine geringe Braunfärbung, ++++ eine Schwarzfärbung bedeutet.

Digitized by Google

Einlegeflüssigkeit	Haut des Kranken		Kontrollhaut vom Normalen	
	37%	58%	37%	58%
Physiol. Kochsalzlösung .	+?	+++	—	+ (nach 36 Stunden)
Adrenalin $^1/_{1000}$	++++ Rotbraunfärbung der Flüssigkeit		+ Zartrosafärbung der Flüssigkeit	
„ $^1/_{50000}$	++		+?	
„ $^1/_{100000}$ . . .	++		—	
Schwach alkalisches Tyrosin	+++		+	
5% Sodalösung	+?		—	

Wir glauben auf Grund aller dieser Befunde berechtigt zu sein, in dem vorliegenden Falle die auffällige progrediente Hautpigmentierung auf eine Verletzung der rechten Nebenniere oder eventuell ihrer nervösen Anhangsgebilde (Sympathikusstränge) zurückzuführen. Jedenfalls entwickelte sich in direktem, unmittelbarem Anschluß an das Trauma ein Krankheitsbild, welches die wesentlichsten Symptome des Morbus Addison aufweist.

Der Beachtung wert erscheint unsere Beobachtung aus verschiedenen Gründen: Es konnte bei ihr zum erstenmal am lebenden Menschen der Nachweis einer gesteigerten Pigmentbildungsfähigkeit der Haut nach der Methode von Meirowsky und Bittorf zur Diagnosenstellung einer Nebennierenerkrankung verwertet werden. Zugleich ist der positive Ausfall unserer Versuche eine Bestätigung der Befunde dieser Autoren auch intra vitam. Es scheint sich ferner aus den Quarzlampenversuchen zu ergeben — was durch die Bearbeitung weiteren Materials sichergestellt werden müßte —, daß bei Nebennierenschädigungen, auch ohne daß es, wie in dem früheren Fall, zu einer spontanen Hyperpigmentation zu kommen braucht, das Hautorgan auf äußere, die Pigmentbildung erfahrungsgemäß anregende Reize mit einer über die Norm hinausgehenden, intensiven Pigmentvermehrung antwortet. Es würde dies auffällige Phänomen eine Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel für solche Affektionen bedeuten.

Schließlich erlaubt die bis jetzt einzigartige Entstehungsweise des vorliegenden Symptomkomplexes durch Schußverletzung im Unterleib den einwandsfreien Schluß, daß es in der Tat einen traumatischen Morbus Addison gibt, was in medizinisch-forensischem Sinne von wesentlicher Bedeutung ist. Insofern ergänzt der Fall die Mitteilungen von Borrmann und Riemann.

Digitized by Google

Feuilleton.

Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken.

Von

Dr. jur. Hans Lieske, Leipzig.

Wer vom Kampfe des Rechts gegen venerische Infektionen berichten soll, ist dabei auf juristisches Rüstzeug kümmerlichster Art angewiesen. Sittenpolizeiliche Leitsätze bei der Kontrolle der Gewerbsunzucht erschöpfen nahezu den vorhandenen Stoff. Die Erkenntnis freilich, daß damit blutwenig gedient ist, meldet sich in der Literatur hin und wieder zum Wort. Aber das Gesetz hat selbst in der für die Reformation geplanten Gestalt auf Sand gebaut. Von einer höheren Gerichtsbarkeit allmählich geschmiedete Grundsätze fehlen desgleichen: das Reichsgericht hat noch kaum Veranlassung gehabt, in der Fehde gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten überhaupt seine Stimme zu erheben. Die Schuld an dieser das geltende Recht gegen die sexuelle Ansteckung auszeichnenden Ohnmacht aber ruht in der Wahrheit des Satzes, daß, wo kein Kläger, auch kein Richter ist. Da aber die Voraussetzung der Denunziation doch für die Verwirklichung jeglicher der Ansteckung gewidmeten Strafdrohung in praxi aller Weisheit letzter Schluß ist, muß eben eine Strafgesetzgebung, die Leichtsinn und Schlechtigkeit venerisch Ansteckender bekriegt, papierene Weisheit bleiben. Denn jetzt wie künftig verbieten Furcht, Scham und Klugheit das Ausplaudern des erlittenen Schadens oder der heil überstandenen Gefährdung. Die Geschlechtsärzte werden das aus der Beobachtung heraus, daß alle Patienten vor allem den glühenden Wunsch nach bestmöglichem Verborgenbleiben der Krankheit vor der Mitwelt haben, wohl überwiegend bestätigen. Und die Rechtsauslegung unterstreicht gelegentlich sogar dieses dringende Begehren, daß ja nichts von dem Unglück der Betroffenen durchsickert, und begründet es mit einer die Ansteckungsbekämpfung direkt vernichtenden Logik. Als schlagender Beweis diene die Auslegung einer Bestimmung aus dem Handelsrecht. Danach behält ein Handlungsgehilfe bei unverschuldeter Verhinderung an der Dienstleistung sechs Wochen lang seinen Gehaltsanspruch[1]). Geschlechtlich krank gewordenen Handlungsgehilfen aber wird dieses Benefiz von eminenter sozialer Tragweite von um das Handelsrecht hervorragend verdienstreichen Federn abgesprochen. Denn „geschlechtliche Erkrankung ist stets als verschuldet zu betrachten. Über die sittliche Seite kann man hierbei sehr nachsichtig denken und muß doch zugeben, daß in rechtlicher Hinsicht ein Umstand vorliegt, den der Betreffende zu vertreten hat“[2]). Uns dünkt zwar eine solche Auffassung als Verkehrtheit von direkt tragischem Endergebnis. Denn was ist der Erfolg? Der Handlungsgehilfe, der Brot und Lohn nicht einbüßen kann und will, und dem man auch bei Neubewerbung nicht nachsagen soll, er habe seinen früheren Posten durch seine „Schuld“ verloren, schleppt sich mit seiner ansteckenden Krankheit, solange es irgend geht, ins Geschäft und vermeidet ängstlich ein Bekanntwerden seines Leidens. Damit aber ist naturnotwendig auch das Unterlassen mindestens rechtzeitigen Anrufs ärztlicher Hilfe motiviert, da ein Bestellen des Arztes auf die Wohnung die finanziellen

[1]) Handelsgesetzbuch § 63. — [2]) Vgl. darüber Staub, Kommentar zum Handelsgesetzbuch, 9. Aufl., 1. Bd., 336.

Digitized by Google

Kräfte meist überschreiten wird, ein Besuch in der Sprechstunde aber überwiegend in die Geschäftszeit des Handlungsgehilfen fällt. Infolgedessen bedroht er mit seiner frischen Lues nicht nur seine Kollegen aufs gefährlichste, sondern er macht auch dank nicht rechtzeitig erfolgter ärztlicher Belehrung und Behandlung seine eigene Heilung besonders zeitraubend und schwierig, ja nicht selten vielleicht überhaupt unmöglich. Wenn solche Gesetzesauslegung einen nach Millionen zählenden Stand trifft, wenn die Gerichtspraxis soziale Fürsorgegesetze derart deutet, so muß leider gesagt werden, daß das herrschende Recht die Krankheitsbekämpfung nicht nur nicht fördert, sondern im Gegenteil einer Überhandnahme geschlechtlicher Erkrankungen geradezu Vorschub leistet. Was hilft uns der demgegenüber fleisch- und blutlose Satz, wonach die Infektion möglicherweise als Körperverletzung zu ahnden ist. Denn herrscht jetzt etwa noch ein Zweifel an den Gründen der Abneigung einer Anzeige? Abgesehen davon, daß selbst bei erfolgter Denunziation der Beweis, daß gerade der Angezeigte infizierte, nicht ganz einfach ist. Schließlich aber enthebt uns am schlagendsten der wiederholte Hinweis weiterer Worte über die Anzeigeunterlassung, daß der Praxis Verhandlungen gegen geschlechtskranke Körperverletzte so gut wie fremd sind: ein Ausrufzeichen für die Richtigkeit der theoretischen Erwägungen.

Damit aber sind gleichzeitig die Strafrechtsbestrebungen der Reformatoren gerichtet. Denn der Kern des reformatorischen Gedankens beruht in der geplanten Bestrafung nicht nur der erfolgten Infektion, sondern schon der Gefährdung durch den Beischlaf.

Man weist deshalb als Vorbilder auf die Vorentwürfe des österreichischen und schweizerischen Strafgesetzbuches, die beide das Ingefahrbringen bestrafen, und zwar am striktesten Österreich, wo Gefängnis dem Geschlechtskranken droht, der einen mit der Gefahr der Ansteckung verbundenen Geschlechtsverkehr ausübt[1]).

Die durch Befolgung solcher Beispiele genährten Hoffnungen als trügerisch zu erweisen bedarf es, meine ich, schlichtester Überlegung nur. Denn daß ein Kranker einen anderen „gefährdet" hat, läßt sich ohne Zweifel in der erdrückenden Mehrheit der Fälle eben auch nur im Wege der Anzeige von seiten des gefährdet Gewesenen feststellen. Der Gefährdete aber merkt von der Gefahr gewiß regelmäßig nicht früher, als diese sich an ihm verwirklicht hat, er also krank geworden ist. Dann schweigt der Gefährdete aus den schon oben angeführten Motiven selbstverständlich. Sollte er aber in der Tat von der Gefahr nicht ergriffen worden sein, so kann er, bei dem Charakter gerade der Geschlechtsleiden und vornehmlich der Lues, doch auf Jahre hinaus mit der Chance rechnen, daß sich solch böser Erfolg doch noch offenbart. Sich aber durch allerlei zeugenschaftliche Vernehmungen oder sonstige Folgen einer Denunziation als einen bloßzustellen, über dem das Damoklesschwert des Ausbruchs der Krankheit beständig schwebt, wird er sich ebenfalls schwer hüten. Damit dürfte die Aussichtslosigkeit strafrechtlicher Verfolgung auch für das Recht der Zukunft begründet sein[2]).

Alle Erwartungen darauf, dieses furchtbare, volksvergiftende Übel einzudämmen, ruhen deshalb auf den Schultern der Sanitätspflege. Daß sich die Jurisprudenz einer solchen wenigstens nicht versperrend in den Weg stellt, das verlangen wir dabei allerdings von ihr. Wir fordern, daß die armen Menschen, die das Opfer einer ihren Körper mit Verheerung bedrohenden Ansteckung geworden sind, nicht weiterhin als Aussätzige, Schuldbeladene gebrandmarkt werden. Wir heischen weitestgehende Leistungen der Krankenkassen zur Begünstigung der Heilung, wir verpönen eine Gesetzesauslegung, die jegliche im Beischlaf erworbene Infektionskrankheit als „selbstverschuldetes Übel" straft.

---

[1]) Zeitschrift für Rechtspflege in Bayern, 1911, S. 197. — [2]) Vgl. meine Ausführungen „Die Ansteckung im Lichte fortschreitender Strafgesetzreform."

Digitized by Google

Wenn Pharisäergeist, Kurzsichtigkeit und Schablonenjustiz irgend Schaden stiften kann, so trifft das in diesem Kapitel zu. Denn jeder Geschlechtsarzt bestätigt, daß ein durch die teilweise immer noch herrschenden Zeitanschauungen großgezogenes Vertuschungssystem das verderblichste Hemmnis im Kampfe ist. Gerade hier gilt es vielmehr, als Mensch rein Menschliches menschlich und also weitherzig und klug zu empfinden und ohne Vorwürfe und Nasenrümpfen alles zu tun, was einem Kranken not ist, ihn also zu unterstützen und zu beraten, wo und wie es geht, und vor allem ihn schnellstens zu seiner Genesung der rechten Schmiede zuzuführen. Ob das Recht der Zukunft dabei nicht wenigstens für diesen eminent wichtigen Zweig der Heilkunde gut daran täte, das Prinzip der absoluten Kurierfreiheit einzuschränken und damit die wüsten Vergehen, die Charlatane gerade Geschlechtskranken gegenüber sich fort und fort zuschulden kommen lassen, einigermaßen zu verhindern, das wäre jedenfalls ernstlich zu bedenken. Sicherlich würde damit tausendmal mehr erzielt, als durch die letzten Endes zwecklose Strafe, mit der man fürder die Gefährdung bedrohen will.

Nannten wir aber rücksichtslose Offenheit das Haupterfordernis für nachdrückliche Bekämpfung der Geschlechtsleiden, so ergibt sich daraus von selbst der Wert der Garantie, daß sich der Kranke ganz ungescheut und ohne jegliche Furcht vor einem Bekanntwerden seiner Mitteilungen dem Geschlechtsarzte anvertrauen darf. Leider herrschen hinsichtlich der Art und des Umfangs, wie der Staat für Wahrung der Verschwiegenheitspflicht gesorgt hat, selbst in der Jurisprudenz gerade über das Wesentliche recht geteilte Meinungen. Die Streitpunkte über das Wesen des geschlechtsärztlichen Berufsgeheimnisses seien darum hier kurz vorgetragen und kritisiert.

Daß Ärzte ihnen von Berufs wegen anvertraute Privatgeheimnisse bei Vermeidung strafrechtlicher Verfolgung nicht offenbaren dürfen, ist jedem Leser bekannt. Auch über den Begriff des Anvertrauens wird sich der Geschlechtsarzt kaum im Zweifel sein. Läßt ihn ein Patient den nackten Körper untersuchen, nun, so sagt ihm der Befund selbstredend mehr, als die Zunge des ihn Konsultierenden. Anvertraut ist eben alles, was dem Arzte erst auf Grund seines Berufs zugänglich wurde. Wer wegen Behandlung einer Gonorrhoe zum Arzte kommt, und der Arzt stellt dabei gleichzeitig Lues fest, hat, obschon er um die Tatsache seines Leidens an Lues gar nichts zu wissen braucht, ihm also auch das Bestehen dieser Krankheit anvertraut. Wurde doch der Arzt auch hier dank beruflicher Betätigung Träger jener Kenntnis.

Geheim zu halten sind deshalb auch die Mitteilungen, die Angehörige oder Pfleger über den Patienten machen, und wären diese Berichte auch noch so unwesentlich und lediglich das Privatleben des Kranken betreffende.

Dagegen darf logischerweise all das nicht als anvertraut gelten, was der Arzt auf Grund rein zufälliger Wahrnehmung an ihm fremden, mit seiner beruflichen Betätigung außer jedem Konnex stehenden Menschen erfährt, wenn er also beispielweise an einer von ihm nicht behandelten Person offenkundige Zeichen von Syphilis bemerkt. Hervorhebenswert erscheint hier nur noch, daß also auch Mitteilungen an Kollegen unter Kennzeichnung der Person des Patienten unerlaubt geheißen werden müssen und die Sünden gegen das Berufsgeheimnis obendrein unter Umständen auch durch Publikation von Arbeiten in der Presse oder durch Demonstrationen bei ungenügender Verheimlichung der eine Erkennung ermöglichenden Momente begangen werden können[1]). Ohne Einwilligung des Patienten einen Kollegen wegen besonderer Eigenart eines Falles bei der Operation als Zuschauer zuzulassen, erscheint — was nach meiner Beobachtung nicht immer bedacht wird — nach alle dem desgleichen als strafbare Geheimnisverletzung,

[1]) Deutsches Ärzterecht, Berlin 1911, Verlag Franz Vahlen, Bd. 1, S. 100/01.

Digitized by Google

Das Moment der Einwilligung entscheidet also über Erlaubtheit oder Verbotenheit der Preisgabe von ärztlichen Berufsgeheimnissen. Eine stillschweigende Zustimmung zur Offenbarung aber besteht, wenn sich eine Person im Auftrage eines Dritten untersuchen und behandeln läßt. Das Reichsgericht sagt darüber: „Niemand ist verpflichtet, sich für einen Dritten von einem Arzte untersuchen zu lassen und ihm Angaben zu machen. Läßt sich aber jemand auf solche Untersuchung ein, dann tut er das doch nur zu dem Zwecke oder mindestens mit dem Bewußtsein, daß der Arzt die ihm bei der Untersuchung kund gewordenen Tatsachen dem Dritten mitteilen wird. Diese Tatsachen sind dem Arzt dann nicht als geheim zu haltende anvertraut, sondern sie sind ihm im Gegenteil zur Mitteilung an Dritte kundgegeben. An dieser Eigenschaft der Mitteilung kann eine spätere Erklärung des Mitteilenden an den Arzt, daß letzterer die Angaben geheim zu halten habe, nichts mehr ändern.“ Auf der gleichen selbstverständlichen Rechtsdeutung ruht die Erlaubtheit, Kassen, Versicherungsgesellschaften und Berufsgenossenschaften das zu berichten, worauf es ihnen unbedingt notwendigerweise ankommt.

Bei der allgemein verbreiteten Kenntnis über die Grundzüge des Berufsgeheimnisses werden diese, einige Spezialfälle behandelnden Sätze genügen.

Sind nun die Ärzte im gewöhnlichen Leben bei Strafvermeidung zur Schweigepflicht angehalten, so sind sie als Zeugen vor Gericht „berechtigt“, über Tatsachen auszusagen, worauf die Verschwiegenheitspflicht sich bezieht. Also brauchen sie jedenfalls unter keinen Umständen ihre Patienten preiszugeben, und sie werden es auch kaum jemals tun, selbst wenn es im Einzelfalle vielleicht ratsam erschiene. Sie werden es nicht tun, um das grundsätzliche blinde Vertrauen, das gerade der Geschlechtskranke zu seinem Arzte haben muß, und das den allerstärksten Wall bildet gegen ein unnötiges Umsichgreifen der Seuchen und gegen Besuche von Kurpfuschern, nicht durch Ausnahmen in seinen Fundamenten zu erschüttern. Ja, es wird sogar die Meinung vertreten, als verbiete auch die Prozeßordnung mit ihrer Wortfassung direkt eine Aussage über Geheimzuhaltendes. Nach jener Auffassung konnte die Prozeßordnung „naturgemäß“ nichts weiter sagen, als daß der Zeuge berechtigt ist, wegen des Berufsgeheimnisses die Aussage zu verweigern. Ob er dazu verpflichtet sei, sage nicht die Prozeßordnung, sondern das materielle Recht. Deshalb sei der Arzt, der zur Zeugnisverweigerung berechtigt sei, dazu auch verpflichtet [1]).

Diese Meinung erscheint mir allerdings durchaus unzutreffend. Wenn die Prozeßordnung in Kenntnis der sonst geltenden Verschwiegenheitspflicht lediglich erklärt, daß das Zeugnis verweigert werden „kann“, so statuiert es aller Logik nach damit für den ärztlichen Zeugen die Erlaubnis, zu reden oder zu schweigen, je nach seinem Gutdünken. „Da aber nur ein Recht des Zeugen zur Verweigerung des Zeugnisses durch die Prozeßordnung begründet wird, so darf eine hierher fallende richterliche Frage auch nicht abgelehnt werden [2]).“

Danach erscheint der Geschlechtsarzt zu der Ablehnung der Aussage vor Gericht nicht vom Gesetz, sondern nur von seinem Gewissen angehalten. Am wichtigsten und schwierigsten ist aber sonderlich für den Geschlechtsarzt der Fall der sogenannten Pflichtenkollision, ein Problem, ebenso bedeutungsreich als leider strittig. Der Beispielsfall, in dem sich das Problem offenbart, ist bekannt: Der Arzt einer syphilitisch erkrankten Frauensperson teilt der Mutter eines frisch geimpften kleinen Kindes die Tatsache, daß seine Patientin an „ansteckender Krankheit“ leide, mit, weil nur dank dieser Mitteilung die Gefahr der Ansteckung, die dem von der Kranken regelmäßig mit ins

---

[1]) Deutsches Ärzterecht, S. 69. — [2]) so Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung, 8./9. Aufl., Bd. 1. S. 87.

Digitized by Google

Bett genommenen Kinde droht, aus der Welt zu schaffen ist. Hat der Arzt strafbar gehandelt, sofern er die drohende Gefahr durch Preisgabe des ihm Anvertrauten behob und schweren Schaden damit von anderen abwandte? Der darob jedenfalls angeklagte Arzt gibt an, er habe sich in Pflichtenkollision befunden, da die Unterlassung der durch die Fürsorge für das Kind der verehelichten J. gebotenen Mitteilung ihn möglicherweise wegen fahrlässiger Körperverletzung strafbar hätte machen können. Vor dem Reichsgericht fand er damit Gehör und erzielte Freispruch. „Denn für das Reichsgericht ist die ärztliche Schweigepflicht keine absolute, das Gesetz behält vielmehr, indem es eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen erfordert, das Bestehen einer Befugnis zur Offenbarung ausdrücklich vor, ohne diese Befugnis nach irgend einer Richtung hin einzuschränken. Sie kann mithin auch durch anderweite Berufspflichten, wie z. B. die, die Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben, gegeben seien. Hiernach war zu erwägen, ob es zur gewissenhaften Ausübung der Berufstätigkeit nicht auch gehöre, Patienten, denen die Gefahr einer Ansteckung durch Personen droht, mit denen sie in nähere Beziehungen kommen, vor dieser Gefahr zu warnen."

Diese Frage aber bejaht das Reichsgericht und kommt daraufhin zu dem freisprechenden Urteil [1]).

Einen hochüberraschenden Entscheid eines oberen Gerichtshofs über die Frage: „Wann muß die Befugnis des Geschlechtsarztes, vor Gericht das Zeugnis zu verweigern, hinter der sittlichen Pflicht zur Preisgabe des Geheimnisses zurücktreten?" mußte weiter vor einiger Zeit ein Zivilsenat des Reichsgerichts korrigieren. Der Fall lag wie folgt: Ein praktischer Arzt wird als Zeuge darüber benannt, ob er im Mai 1899 den Beklagten an frisch erworbener Syphilis behandelt habe. Natürlich verweigert er die Aussage. Er wird aber vom Prozeßgericht als zeugnispflichtig erklärt. Auf Beschwerde hiergegen hebt das Reichsgericht dies Urteil zum Glücke auf und entbindet den Arzt vom Aussagezwang. Es kann — nach dem Reichsgericht — im allgemeinen keinem Zweifel unterliegen, daß, wenn ein Arzt bei Behandlung eines Patienten bei diesem eine geschlechtliche Krankheit feststellt, ihm damit ein Privatgeheimnis desselben anvertraut ist, und daß es ganz besonderer Gründe bedarf, um jede Offenbarung dieses Geheimnisses an eine andere Person als eine befugte erscheinen zu lassen. Andrerseits wird nicht geleugnet, daß, wenn diese andere Person gerade der Ehegatte des Patienten ist, sich mancherlei solch besondere Gründe denken lassen, ja, daß es sogar unter Umständen als ganz berechtigt erscheinen kann, wenn der Arzt gegen den ausgesprochenen Willen des Patienten dem Ehegatten desselben Mitteilung von einer solchen Krankheit macht. Denn wie es Rechtspflichten gibt, die einer Verschwiegenheitspflicht vorgehen können, so sind auch höhere sittliche Pflichten anzuerkennen, vor denen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit zurücktreten muß. So kann es z. B. unter Umständen für den Arzt geboten erscheinen, der Ehefrau von der geschlechtlichen Erkrankung des Mannes Kunde zu geben, um eine Ansteckung derselben nach Möglichkeit zu verhindern, wie es auch vielleicht nicht schlechthin ausgeschlossen wäre, eine solche moralische Mitteilungspflicht unter besonderen Umständen dritten Personen gegenüber als gegeben anzusehen. Hier aber liegt solch sittliche Pflicht nicht vor, da es sich nicht um Gesundheitserhaltung handelt, sondern nur um Herbeischaffung von Beweismaterial zur Überführung begangenen Ehebruchs [2]).

Während also in dem vorher genannten Strafurteil von der erlaubten Verletzung der Schweigepflicht im Interesse behandelter Patienten gesprochen wurde, erkennt hier

---

[1]) Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 78, S. 62. — [2]) Entscheidung des R.-G. in Zivilsachen, Bd. 53, S. 315.

Digitized by Google

unser oberster Gerichtshof klipp und klar die Erlaubnis an, bei danach angetanen Fällen das Schweigegebot gegenüber jedermann, dem die Kundgabe des Anvertrauten von körperlichem Nutzen werden kann, zu ignorieren.

Diese Stellungnahme des Reichsgerichts mit ihrer Lizenz der Verletzung des Berufsgeheimnisses hat eine Aussprache hierüber in der juristischen Fachliteratur zur Folge gehabt — und zwar lauten die darob sich meldenden Stimmen teils zustimmend, teils tadelnd[1]).

Man hat in den Besprechungen der Urteile behauptet, daß gerade die Ärzteschaft die reichsgerichtliche Meinung froh begrüßen werde. Das wird aber, denke ich, kaum allgemein zutreffen. Denn die Gewissensnot der Ärzte wird doch ohne Zweifel dadurch, daß persönliches ärztliches Empfinden nun zum Träger derartig hochbedeutsamer Entschlüsse gemacht werden soll, auf das empfindlichste gesteigert.

Bislang konnte der unbedingt verschwiegene Arzt hinter den Thesen des Gesetzes Schutz und Richtschnur suchen. Die Freude an solchem Enthobenwerden aus der Kalamität des Zweifels regt sich nicht etwa aus dem nicht eben ruhmreichen Grunde, weil dem Arzte eine verantwortliche Gedankenarbeit erspart würde. Vielmehr stützte sie sich auf die Erkenntnis, daß, selbst wenn man rechtfertigende Umstände zum Bruche der Verschwiegenheit gelten lassen möchte, doch ein Generalverbot des Ausplauderns gewiß mindestens ebenfalls auf das stichhaltigste sich motivieren läßt. Nach den Grundsätzen des Reichsgerichts aber müssen natürlich die Entscheidungen der Ärzte grundverschieden ausfallen, verschieden je nach Urteil und Empfinden des Arztes, ob im Einzelfalle der Patient, der vertrauensvoll zum ärztlichen Berater kam, schutzbedürftiger ist oder etwa die durch ihn bedrohte Umwelt.

Dieser Mehrung der Gewissensnot aber gesellt sich als übler Geleiter die stete Aussicht einer Bestrafung hinzu, falls sich der Arzt — in den Augen der Gerichte — unrichtig entschied, falls also die Gerichte meinen, daß er hätte schweigen müssen, während der Arzt glaubte, reden zu sollen. Denn wenn man als Verteidigung ausplaudernder Ärzte die Berufung auf einen Irrtum stets als Entlastungsmoment gelten lassen wollte, was bliebe da schließlich von der ganzen gegen die Geheimnisverletzung sich wendenden Strafdrohung überhaupt noch übrig?

Nicht genügend jedenfalls, um das Vertrauen der kranken Menschheit zu dem ärztlichen Berater zu fundieren. Die verheerenden Konsequenzen eines solchen Vertrauensmangels aber erscheinen nunmehr, nachdem namentlich auch die mit dem Bekanntwerden von Geschlechtsleiden sich verknüpfenden schlimmen wirtschaftlichen Folgen der Kranken gestreift sind, für weitere Worte zu offenkundig. Jeder Geschlechtsarzt, von dem bekannt würde, daß er — unter grober Verletzung der vitalsten Interessen der Patienten — geplaudert hat — und das würde sicherlich nicht lange verborgen bleiben —, verlöre gewiß einen großen Teil seines Zulaufs, ohne daß die Patientenschar der Hinweis auf die sonst bedrohten Interessen der Gefährdeten beruhigen und befriedigen würde. Wie in aller Welt kann das Reichsgericht vor allem die Benachrichtigung der Ehefrau geschlechtskranker Gatten gutheißen, ja sogar fordern?!

Man übersetze diese Theorie nur einmal in die Praxis und stelle sich die Sprechstunde eines vielbesuchten Geschlechtsarztes vor. Bei ihm erscheint, traurig aber erfahrungsgehärtet, ständig eine stattliche Zahl durch außerehelichen Verkehr infizierter Ehemänner. Natürlich wird keiner von diesen dem Arzte versichern, daß er die Dauer vorhandener Ansteckungsgefahr lang mit seiner Frau sexuellen Verkehr zu pflegen beabsichtigt. Mit unbedingter Sicherheit kann also der Ansteckungswille und die An-

[1]) Vgl. Deutsche Juristenzeitung, 1906, S. 293 u. S. 900.

Digitized by Google

steckungsmöglichkeit niemals festgestellt werden. Mithin ist der Arzt auf Leumund Eindruck und Benehmen des Patienten bei der Vermutung darüber angewiesen, daß dieser trotz eindringlichster Warnungen und Gegenvorstellungen sein Weib doch der Ansteckung aussetzen werde. Und daraufhin soll er befugt oder gar verpflichtet sein, der anscheinend bedrohten Frau von dem ihr drohenden Übel Kenntnis zu geben? Mit Rücksicht auf einen hoffnungsreichen Kampf gegen die venerische Ansteckung ein unverständliches Ansinnen!

Jeder Fehlgriff des Arztes — und bei dem Aufbauen auf Vermutungen sind derlei Fehlgriffe naturgemäß nie ausgeschlossen — wäre imstande, Existenzen grundlos einfach zu vernichten. Da aber kein Ehemann angesichts des Bekanntwerdens von Ausnahmefällen die absolute Zuversicht zur Diskretion mehr haben kann, so wird sich — bestenfalls — die Sitte einbürgern, auswärtswohnende und mit den Familienverhältnissen nicht vertraute, unbekannte Ärzte aufzusuchen. Der steten Überwachung der Heilung und Pflege wäre das natürlich schon schädlich. Weil jedoch häufigere Reisen unauffällig zu allermeist nicht unternommen werden können, wird der Mann regelmäßig entweder selber an sich herumkurieren oder einen Wunderdoktor aufsuchen, den um ein Schweigegeld nicht die gleichen Gewissenszweifel plagen als den Hausarzt. Dadurch wäre aber nicht nur der Ehefrau nicht gedient; vielmehr würde der Kranke nun allmählich zugrunde gehen und infolge unterbliebener Heilung oder rechter Beratung über Vorsichtsmaßregeln zu nur um so größerer Gefahr werden. Oder meint das Reichsgericht wirklich, ein Kranker, der in vollem Bewußtsein die Schlechtigkeit besitzt, seine Ehefrau etwa der Lues zu überliefern, werde, nachdem ihm das durch geschlechtsärztliche Denunziation glücklich unterbunden, nunmehr die Kraft in sich spüren, sexuell abstinent zu leben? Welch grotesker Trugschluß! Nein, im Gegenteil, der Gefährdungskreis wird wachsen, und die Vorsichtsmaßregeln, die der Kranke allenfalls sonst noch beachten würde, kämen meist in Wegfall, wenn er zur Befriedigung geschlechtlicher Begierden ihm innerlich nicht nahestehende Frauenspersonen erwählen würde.

Das gleiche aber wird mutatis mutandis in allen Fällen von neuem auftauchen, wo statt besonderen gesetzlichen Gebots die „Erfüllung sittlicher Pflicht" den Geschlechtsarzt zur Preisgabe seines Berufsgeheimnisses verleiten würde. Denn auch der noch nicht völlig ausgeheilte Verlobte würde sich den infolge an die Braut gerichteter ärztlicher Aufklärung erfolgten Verlöbnisbruch kaum so zu Herzen gehen lassen, daß er das, was er seiner zukünftigen Frau zuzufügen gedachte, fremden Dritten gegenüber unterläßt. Die Rücksicht auf das durch eine Infektion einem lieben Menschen und gleichzeitig seinem gesamten Familienglück winkende Unheil könnte ihn vielleicht letzten Augenblicks bestimmen, der Stimme des Gewissens zu gehorchen. Sicher aber wird er hier wenigstens nach bestem Vermögen Präventivmaßnahmen treffen, an deren Beobachtung er anderswo bei geschlechtlichem Verkehr bei weitem nicht das egoistische Interesse hat.

Gewiß wird und muß einen Geschlechtsarzt zeitweilig der Menschheit ganzer Jammer anfassen, wenn er vermöge seines Sachverstandes und der intimen Kenntnis der Lage die Bedrohung blühender Leben durch gewissenlose Existenzen schweigend mit anzusehen verdammt ist. Das Bewußtsein, daß auch er ohnmächtig ist, der Schlechtigkeit einen Damm zu errichten, wird ihm aber wenigstens Pflichtkollisionen ersparen. Möchten meine Argumente dazu beitragen, möchten sie überzeugen helfen, daß die Erfüllung sittlicher Pflicht nach reiflicher Überlegung ihn nicht reden, sondern schweigen heißt. In wohlwollender, zu Herzen gehender Aufklärung, durch Stärkung des Vertrauens der Kranken und durch bestmögliche Heilung erfüllt er in herrlicher und andern Sterblichen leider versagter Form ethische und soziale Pflichten, die auch schließlich zum

Digitized by Google

Siege führen, soweit der Sieg des Guten über die Finsternis uns armen Erdensöhnen überhaupt sich kundtut. Alles erreichen wollen und in diesem Bemühen das Allernächstliegende versehen, repräsentiert eben eine zwar beliebte aber unheilvolle Philosophie.

Die um Verbesserung des Strafrechts bemühten Kommissionsmitglieder des Entwurfs eines Deutschen Strafgesetzbuchs sind — nach dem Wortlaut des Entwurfs zu urteilen — allerdings gegenteiliger Meinung[1]). Noch der Vorentwurf trifft freilich meines Erachtens das Richtige. Seine Begründung [2]) nennt das Offenbaren in der Regel unbefugt, wenn es geschieht, die Interessen einer dritten Einzelperson — im Gegensatz zum Staatswohl — zu fördern. Wenn nicht die Voraussetzungen der Notwehr oder des Notstandes vorliegen, was der Vorentwurf für möglich hält, so würde laut Begründung ein Plauderndürfen das ganze Schweigegebot so gut wie nutzlos machen, niemand hätte dann die Gewähr des Schweigens, weil ein Dritter durch das Wahren des Geheimnisses überwiegend gefährdet werde. Es würde auch an jedem zuverlässigen Maßstab für die Bestimmung des Mehr auf der einen oder anderen Seite fehlen, und es würde sehr oft der gute Glaube des Täters in diesem Punkte den Ausschlag geben und Straflosigkeit bewirken. So einleuchtend diese Begründung klingt, die Mitglieder der Entwurfsbearbeitung hat sie nicht überzeugt. In zweiter Lesung erhielt vielmehr die Satzung vom Privatgeheimnis einen Zusatz, wonach die Kundgabe straflos ist, wenn die Offenbarung zur Wahrung berechtigter privater Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, daß die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtmäßig berücksichtigt worden sind.

Also ein Kautschukrecht in Reinkultur und ein Nährboden für das Wachstum verderblicher Gewissenszweifel, wie er fruchtbarer kaum denkbar ist. Möge es den Stimmen der Dermatologen namentlich gelingen, hier aufklärendes Licht zu bringen und im künftigen Strafrecht durch eine strikte Gesetzessprache „das pflichtmäßige Abwägen sich gegenüberstehender Interessen" auszuschalten.

Von hier und dort seltsamerweise auftauchenden Meinungen wird unter Umständen der ärztliche Geheimnisbruch durch die Satzungen vom Notstand sanktioniert geheißen.

Unter dem herrschenden Recht versagt die Berufung darauf jedenfalls schon deshalb, weil der Notstand allein die Rettung Angehöriger erlaubt.

Aber auch künftig wird sich kein Arzt auf Notstand berufen können, falls man daran festhält, daß die Rettung allein aus „gegenwärtiger" Gefahr straffrei bleibt. Denn „gegenwärtig" im Sinne rechter Gesetzesauslegung ist die Gefahr der Ansteckung wohl niemals.

Versammlungen.

Vereinigte ärztliche Gesellschaften in Berlin.
Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. März 1915.

Nach den Autoreferaten mitgeteilt von Oskar Sprinz, z. Zt. Brandenburg.

1. L. Pulvermacher demonstriert einen Fall von **Orientbeulen.** Es handelt sich um einen 30jährigen Ingenieur, der einige Jahre im Orient gelebt hatte. Acht Wochen nach Verlassen von Aleppo kamen die ersten Krankheitserscheinungen zum Ausbruch;

[1]) Der Entwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs von L. Ebermayer. Berlin 1914, Verlag Otto Liebmann, S. 74a, E. 75. — [2]) Begründung zum Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs, 2. Teil, S. 730.

Digitized by Google

am linken Handrücken entwickelten sich zunächst juckende Stellen, Herde, aus denen sich bald braunrote Knoten entwickelten, die unter Vergrößerung und Infiltration der Umgebung zerfielen. Einige Wochen später trat durch Autoinokulation ein neuer Knoten am Oberarme auf. Differential-diagnostisch kamen Lupus, die anderen Formen der Hauttuberkulose, syphilitische Affektionen, Sporotrichose, impetiginöse Erkrankungen, Ekzem und Furunkel in Betracht. Es gelang, im Ausstrich die Leishmania tropica aufzufinden. Der Infektionsmodus ist noch nicht völlig geklärt, vielleicht kommt ein Zwischenwirt in Frage. Es soll mit Salvarsan behandelt und der noch nicht eröffnete Knoten exzidiert werden.

2. J. Blumenthal stellt einen 56jährigen Ziegelarbeiter mit **Pustula maligna** in der Kinngegend vor. Die Erkrankung ist bereits vier Wochen alt und schon in der Abheilung begriffen. Es gelang, durch Überimpfung auf Mäuse die Diagnose „Milzbrand" zu sichern. Auf der Höhe der Krankheit war das Allgemeinbefinden stark gestört. Im klinischen Bilde waren auffallend die brettharte Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen, ein Bläschenkranz in der Peripherie der Pustel und eine sehr reichliche Absonderung gelblicher, seröser Flüssigkeit. Behandelt wurde Pat. mit Altsalvarsan und Milzbrandheilserum; doch hatte die Besserung schon vor Einsetzen der Therapie begonnen. Pat. selbst ist mit milzbrandkrankem Vieh nicht in Berührung gekommen. Dagegen ist es möglich, daß er durch Fliegenstiche infiziert wurde, weil Milzbrandfälle in der Nähe seines Anwesens vorkamen, und die Fliegenplage sehr groß war.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Referiert nach The British Journal of Dermatology, 1915, Nr. 6.)

Sitzung vom 20. Mai 1915.

1. Fall von Pyodermite végétante, von Douglas Heath. Der 12jährige Knabe wurde vor fünf Monaten von Wundsein im Halse und Munde befallen; Zunge und Lippen waren stark affiziert, so daß Schluckbeschwerden entstanden. Einen Monat später trat ein Bläschen auf der Brust auf, das platzte. Eiter entleerte, sich vergrößerte, über das Hautniveau erhob und mit einer Kruste bedeckte; nach dem Abfallen blieb ein brauner Fleck zurück. Ähnliche Pusteln, die verkrusteten und abheilten, erschienen auf Brust und Rücken. Am 5. März 1915 wurde der Kranke aufgenommen.

Damals waren die Ober- und Unterlippe mit abgehobenem, weißem Epithel bedeckt, der Hals und die Zunge erodiert, doch nirgends waren Blasen zu sehen. Auf der Brust Pigmentflecke. Am Nabel und in dessen Umgebung fanden sich stark erhabene, bläulichrote, krustöse kondylomatöse Massen. Diese waren umgeben von einem Ringe bis stecknadelkopfgroßer Bläschen und Pusteln, die sich auch auf die gesunde Haut zerstreuten. Die frischen Bläschen war fast immer klar, doch wurden sie in kurzer Zeit eitrig. Sie wandelten sich zu schlappen Blasen um und umgaben sich mit einem schwach-roten Saum. Es waren alle Übergänge vom frischen Bläschen bis zur Vegetation zu sehen; die Erhebung des Blasenbodens zur Wucherung trat in einem sehr frühen Stadium ein und war so regelmäßig, daß sie nicht als zufälliges Symptom angesehen werden konnte. Am Rücken fanden sich ähnliche kondylomatöse, von Bläschen und Pusteln umgebene Herde. Es bestand nur geringes Jucken und Brennen. Im Blute fand sich keine nennenswerte Eosinophilie, Wassermann war negativ, im Urin eine Spur Eiweiß.

Im weiteren Verlaufe vergrößerten sich die bestehenden Herde, indem an ihren Rändern Bläschen und Pusteln erschienen, die platzten und auf ihrem Boden Vegeta-

Digitized by Google

tionen bildeten. Eine ähnliche pustulo-vesikulöse Affektion entstand auf dem linken Daumen, die als Pustel unter der Nagelplatte begonnen hatte. Am vierten Finger derselben Hand einige Bläschen, und am rechten Mittelfinger eine Pustel auf der Nagelfalte. Auf der Streckseite des rechten Armes ein trockener, erhabener, krustöser Herd ohne Bläschen. Der Bauch war von einem großen, zusammenhängenden, am Rande nässenden Herde bedeckt; ebenso der Rücken. Die Wucherungen waren trocken, derb, zeigten keine Exkoriationen oder Eiterpunkte. Temperatur und Allgemeinbefinden waren normal. Im Blute wurde später beträchtliche Eosinophilie gefunden; im Pustelinhalte Eosinophile, Staphylococcus aureus und ein diphtheroider Bazillus.

Die histologische Untersuchung eines frischen klaren Bläschens zeigte den Boden von normalen Retezellen, das Dach von der Hornschicht gebildet. Das Rete war normal, das Korium stark ödematös, im Papillarkörper mäßige Infiltration. Die mikroskopische Untersuchung einer Vegetation ergab: Die Retezellen etwas auseinandergedrängt, das Epithel stark proliferierend, mitosenhältig. In der Epidermis und im Korium kleine Abszesse. Im Korium Infitrationsherde von Plasmazellen, Lymphozyten und Fibroblasten. Die Lymphgefäße erweitert.

Äußerliche und innerliche Behandlung, zumal mit Arsen, zeitigte wenig Erfolg. Der Kranke wurde am 20. Mai 1915 entlassen.

2. Fall von Pemphigus vegetans, von J. J. Pringle. P. stellt den in der Januarsitzung gezeigten Soldaten wieder vor. Er hat in der linken Achselhöhle drei trockene warzige Exkreszensen und eine Kruste auf roter Basis auf der Brust. Sonst finden sich an den befallen gewesenen Stellen nur Pigmentflecke. Zu der Krankengeschichte wird nachgetragen, daß der Kranke an einem viermal rekurrierenden Erysipel des Gesichts gelitten habe; seit Beginn dieser Komplikation hörten die Blasenschübe auf, und die Erosionen heilten. Am 11. Juni waren auch die letzten Krankheitssymptome geschwunden.

3. Dermatitis herpetiformis, von J. M. H. Mac Leod. Bei dem 68jährigen Manne begann das Leiden vor zwei Jahren in typischer Weise mit gruppierten Papulovesikeln und intensivem Jucken. Zur Zeit der Vorstellung fanden sich nur kleine weiße Narben, Exkoriationen und Pigmentflecke, besonders am Gesäß und an den Oberschenkeln.

4. Fall zur Diagnose, von J. M. H. Mac Leod. Bei der 42jährigen Frau trat vor vielen Jahren während einer Schwangerschaft ein roter Fleck am Nabel auf; bald nach der Entbindung erfolgt eine blasige Eruption, die nach einigen Monaten schwand. Vor siebem Jahre kamen wieder Blasen. Es finden sich an den Armen, Händen, Beinen und im Munde schlappe Blasen von Erbsen- bis Nußgröße auf normaler Haut. Es besteht nur geringes Jucken, keine Neigung zur Gruppierung, geringe (4%) Eosinophilie. Verfasser denkt eher an Pemphigus oder Erythema bullosum als an Dermatitis herpetiformis.

5. Rekurrierende bullöse Eruption der Hände und Füße (Akropompholyx), von George Pernet. Die 49jährige Patientin leidet seit 29 Jahren an wiederkehrenden Blasenschüben an den Händen und Füßen. Im Februar 1915 zwei kleine Blasen an der rechten Fußsohle, im Mai an der linken. Verfasser betrachtet die schlechte Beschaffenheit der Zähne als eine Ursache der Affektion.

6. Fall von Pompholyx, von David Walsh. Die 48jährige Wäscherin leidet seit 7—8 Jahren ab und zu, besonders im Frühjahr, an Bläscheneruptionen an den Handtellern und -rücken, den Handgelenken und den Fingern. Die Blasen platzen nicht, sondern trocknen ein. Einmal bestanden auch Blasen an den Füßen und Ohren.

7. Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis, von W. Knowsley Sibley. 1. Bei der 59jährigen Patientin traten 14 Tage nach einer schweren seelischen Erschütterung unter heftigem Jucken und Brennen Blasen an den Unterarmen, den Schenkeln und

Digitized by Google

schließlich am ganzen Körper und im Munde auf. Da in den Blasen Staphylococcus aureus gefunden wurde, ließ Verfasser eine autogene Vakzine herstellen, von der er wöchentlich 100—800 Millionen injizierte. Die Blasenschübe hörten auf und die Kranke befindet sich wohl.

2. Bei dem 9jährigen Mädchen begann die Affektion als „Herpes" an den Lippen, dann erschienen kleine gruppierte Bläschen und Blasen an verschiedenen Körperstellen, die sich in ständigen Schüben erneuerten. Viele von ihnen wurden eitrig; nach Abheilung blieben Pigmentflecke zurück. Im Anfange der Affektion bestanden heftige subjektive Beschwerden. Bedeutende Besserung durch autogene Vakzine von Staphylococcus albus.

3. Das 12jährige Mädchen wurde vor $1^1/_2$ Jahren von dem Blasenausschlage befallen und war seither nie ganz frei. Gesicht, Brust, Rücken, Handteller, Fußsohlen und Mund waren nie erkrankt. Mäßiges Jucken, gutes Allgemeinbefinden. Bei der Vorstellung fanden sich Blasen und Erosionen an den Fußrücken und am äußeren Genitale; sonst am Körper Pigmentflecke.

8. Fall von Dermatitis herpetiformis, von E. G. Graham Little. Bei der 60jährigen Patientin trat vor einem halben Jahre ein ausgedehnter blasiger und pustulöser Ausschlag, teilweise von varioliformem Aussehen, mit deutlicher Gruppierung und unter heftigem Jucken auf. Späterhin wurde die Eruption mehr papulös und urtikariell, und es erschienen große, stark entzündliche Flecke. Das Jucken ist sehr heftig, doch das Allgemeinbefinden gut. Besserung durch Arsen.

9. Fall von Dermatitis herpetiformis, von E. G. Graham Little. Verfasser zeigte den in der Märzsitzung vorgestellten 8jährigen Knaben. Durch Arsen war die Affektion rasch beseitigt worden. Drei Wochen nach Beginn der Arsenkur trat im Gebiete des sechsten linken Dorsalsegmentes ein typischer Herd von Herpes zoster auf.

10. Chronisch-septisches Papillom nach einer bullösen Eruption, von E. G. Graham Little. Der Patient, ein Soldat, war von einem Pferde am linken Schenkel verletzt worden; die Stelle begann zu jucken und sich zu röten und in den nächsten fünf Tagen bildeten sich Blasen, die der Kranke entleerte. Schließlich bildeten sich auf roter Basis dünne, dichtstehende warzige Gebilde.

11. Dermatitis herpetiformis, von J. H. Sequeira. Die 20jährige Patientin leidet seit zwei Jahren an wiederholten Attacken von Dermatitis herpetiformis an den Knöcheln, den Fußrücken, den Unterschenkeln, dem Kopfe und den Unterarmen. Die Effloreszenzen bestanden aus erythematösen Flecken, Bläschen und Blasen, meistens gruppiert. Die Kranke klagte über heftiges Jucken, namentlich vor jedem Nachschube. Keine Eosinophilie.

12. Rekurrierende Eruption der Nates und Oberschenkel, von S. E. Dore. Seit $4^1/_2$ Jahren leidet der 9jährige Knabe an einer namentlich im Frühjahre wiederkehrenden Eruption an den genannten Stellen. Meist treten schuppende rote Flecke auf, von denen einige exkoriiert und krustös sind. Ab und zu entstehen Blasen. Nach Abheilung bleiben Pigmentflecke zurück. Die Leistendrüsen sind stark geschwollen.

13. Pemphigus bei einem Kinde, von R. E. Scholefield. Bei dem neun Monate alten Kinde begannen einige Wochen nach der Geburt Blasenschübe auf dem Stamme und den Gliedern. Die Blasen sind klein, gespannt, erscheinen auf normaler Haut und umgeben sich mit einem roten Hofe. Das Allgemeinbefinden ist gut.

14. Falsche Erythromelalgie, von F. Parkes Weber. Im selben Hefte als Originalarbeit erschienen.

15. Folliculitis decalvans et atrophicans, von Graham Little. Die histologische Untersuchung eines Stückes aus der behaarten Achselhöhle der in der letzten Sitzung vorgestellten Kranken spricht nicht für die Diagnose „Darier'sche Krankheit".

Digitized by Google

16. Madura-Fuß, von H. C. Semon. Der 26jährige indische Soldat von der flandrischen Front leidet an einer Schwellung des rechten Fußes, die er darauf zurückführt, daß ihm ein Munitionskasten auf den Fuß fiel. Später trat Jucken und eine klare Sekretion auf. Der rechte Fuß war geschwollen, dunkel verfärbt; in dieser Zone fanden sich weiche, dunkelrote Granulationsmassen, die ein klares Sekret, manchmal auch Eiter absonderten. In dem Sekrete befanden sich stets die kleinen, schwarzen Körnchen, die sich mikroskopisch und kulturell als aus Pilzen bestehend erwiesen, die zur Gattung Mycetoma gehören. Auf der Tibia und Planta schwarze Punkte, die manchmal aufbrachen und dasselbe Sekret entleerten. Wassermann negativ.

Sitzung vom 17. Juni 1915. (Brit. Journ. of Derm., 1915, Nr. 7.)

1. Mykosis fungoides nach Röntgenbehandlung, von E. G. Graham Little. Die 25jährige Patientin litt seit drei Jahren an einer schuppenden Affektion des Stammes und der Extremitäten, die unter der Diagnose Psoriasis mit verschiedenen Mitteln vergeblich behandelt wurde. Schließlich wurden Bestrahlungen des ganzen Körpers angewendet. Unter dieser Behandlung erschienen Drüsenschwellungen in der Achselhöhle, seitlich am Thorax, am Halse und in den Leisten, die mit stärkeren Dosen behandelt wurden; trotzdem nahmen sie zu und es erschien noch ein Tumor in der Schamgegend. Als Verfasser die Kranke sah, fand sich ein nußgroßer, nicht ulzerierter Tumor am Mons Veneris und an der linken vorderen Achselfalte. Am Halse, an den Oberarmen, der Brust und dem Abdomen zirzinäre, rote, infiltrierte, schuppende, zerkratzte Herde; die Kopfhaut mit Borken bedeckt, das Gesicht geschwollen und gerötet, ebenso der größte Teil der Körperoberfläche gerötet (Röntgendermatitis). Bei einer späteren Untersuchung hatten sich alle Symptome verstärkt, die bestehenden Tumoren waren größer geworden, und es waren neue hinzugetreten. Verfasser stellt die Diagnose Mykosis fungoides und glaubt, daß die Röntgenstrahlen das Leiden ausgelöst haben. In der Besprechung äußern sich die meisten dahin, daß nur ein zufälliges Nebeneinander, kein ursächlicher Zusammenhang vorliege.

2. Akute Striae atrophicae, von E. Laming Evans. Der 19jährige Soldat war wegen Brustschusses ins Spital gekommen; die Wunden heilten normal, als er plötzlich von Fieber und starken Kopfschmerzen befallen wurde, wofür keine Ursache ermittelt werden konnte. Nach einigen Tagen erschienen auf der rechten Brust- und Lendenseite wie in der Kreuzgegend horizontal verlaufende, umschriebene Herde atrophischer Haut von blaßroter Farbe und von Gefäßchen durchzogen; sie sahen aus wie Schwangerschaftsstreifen. An den befallenen Stellen stellte sich Schmerz ein. Die Eruption war in 2—3 Tagen vollendet, die Herde wurden in der Folgezeit blässer.

3. Fall von Orientbeule, von P. S. Abraham. Der Kranke bemerkte während seines Aufenthaltes am Persischen Golf kleine Wunden am Arm und Bein. Diese wurden trotz Behandlung größer, zeigten einen unterminierten Rand und bedeckten sich mit Krusten. Heilung durch Exkochleation und Ätzung mit Karbolsäure.

4. Universelle Pigmentation zur Diagnose, von J. A. Nixon. Bei dem 33jährigen Manne entstand vor sechs Jahren im Anschluß an eine Dyspepsie eine Pigmentierung, die schließlich den ganzen Körper erfaßte, so daß der Kranke wie ein Inder aussah. Die Schleimhaut der Wangen und Zunge wurden ebenfalls pigmentiert. Sonnenbestrahlung soll die Verfärbung stärker machen, im Winter soll Abblassen eintreten.

In der Besprechung wird ziemlich allgemein angenommen, daß die seinerzeitige „Dyspepsie" eine schwere Erkrankung der Nebennieren war, die zu der Addison-Verfärbung führte.

Digitized by Google

5. Morphaea, von GEORGE PERNET. Das Leiden begann bei dem 14jährigen Mädchen vor einem Jahre an der Außenseite des rechten Oberschenkels; dort fanden sich zwei sklerotische Herde, umgeben von einem „Lila-Ring", innerhalb dessen die Haut grobkörnig erschien. Es erschienen in der Folgezeit noch mehrere ähnliche Herde. Durch Schilddrüsentherapie wurde die Verdickung etwas verringert.

6. Primäraffekt am Handgelenk, von GEORGE PERNET. Der 15jährige Knabe kam mit einem typischen, sekundären Syphilid zur Behandlung. Es fand sich bei ihm auf der radialen Seite der dorsalen Handgelenkfläche eine indurierte, erhabene Läsion, die sich als typischer Primäraffekt darstellte. Die Achseldrüsen waren geschwollen. Der Kranke gab an, daß er sich vor drei Monaten mit dem Drahte für eine elektrische Lampe am Handgelenke verletzt habe; die Läsion wurde größer, eiterte und wurde durch die gewöhnliche Behandlung nicht gebessert.

7. Blaufärbung der Haut durch subkutane Morphiuminjektionen, von F. PARKES WEBER. Die 67jährige Patientin, die in früheren Jahren Morphium innerlich nahm, gibt sich seit vier Jahren subkutane Injektionen von Morphium und Atropin an den Armen und der Oberbrust. An diesen Stellen hat sie nun zahlreiche, kleinste, bläuliche Stippchen. Verfasser meint, daß diese wie eine Tätowierung zustande kommen, indem bei der Injektion etwas Eisen von der Nadel unter der Haut bleibt. In einem ähnlichen Falle entstand die Verfärbung so, daß der Patient die Nadel in einer Zündholzflamme sterilisierte und sich dadurch bei der Injektion Ruß unter die Haut brachte.

8. Kongenitale Sklerodermie und Sklerodaktylie, von E A. COCKAYNE. Bei dem $^5/_4$ Jahre alten Kinde besteht die Affektion seit Geburt. Befallen sind besonders die Kopfhaut, das Gesicht, die Ohren, die Nasenflügel, Bauch und Brust, Unterarme und Hände, Außenseite der Oberschenkel, Unterschenkel und Füße. An den Unterextremitäten ist die Haut stark verdickt. Die Haare sind meist ausgefallen, die Nägel atrophisch.

9. Fall zur Diagnose (Sommereruption), von G. F. STEBBING. Bei dem 14jährigen Mädchen erscheint jedes Frühjahr an den Händen und im Gesicht ein Ausschlag in Form von Bläschen, Pusteln und nässenden Flächen. Gelegentlich erschienen auch einige Flecke an den Beinen. Durch Sonnenbestrahlung wird die Affektion schlechter, im Winter verschwindet sie.

10. Fall zur Diagnose, von DAVID WALSH. Der 25jährige Patient hat in der rechten Supraorbitalgegend einen Herd von konfluenten, blaßroten Knötchen; dieser besteht seit zwei Jahren, macht keine Beschwerden und hat trotz der Behandlung zugenommen. Einige Knötchen sind mit Hinterlassung kleiner atrophischer Narben abgeheilt. WASSERMANN ist negativ; trotzdem hat antisyphilitische Behandlung noch am ehesten Erfolg gehabt. Mikroskopisch fand sich Hyperplasie der Talgdrüsen.

In der Aussprache neigen die meisten der Diagnose Acne agminata zu.

11. Lichen planus atrophicus, seu sclerosus, seu morphaeicus, von J H. STOWERS. Bei der 34jährigen Frau erschienen vor etwa sieben Jahren einige rote, flache, glatte, juckende Flecke im Nacken. Vor $1^1/_2$ Jahren erschienen frische Herde an der Innenseite der Oberschenkel, an den Hüften, unter den Knien und unter dem Nabel. Nunmehr zeigt die Kranke an den genannten Stellen zerstreute oder konfluente, perlmutterartige, atrophische Stellen; die Sensibilität ist herabgesetzt. Besonders bemerkenswert ist die strenge Symmetrie der Herde.

12. Fall von Adenoma sebaceum, von J. H. STOWERS. Das Leiden begann bei der 20jährigen Patientin vor zwölf Jahren. Es erschienen kleine, runde, rote Tumoren mit Gefäßverzweigungen und Teleangiektasien im Gesichte, an der Unterstirne und in

Digitized by Google

den seitlichen Halspartien; an den Nasenflügeln sind sie besonders dicht gedrängt. Bemerkenswert ist die Anwesenheit kleiner Fibrome am Rücken und an den Schultern.

13. Lichen planus linearis, von E. G. Graham Little. Der 51jährige Mann wurde plötzlich von typischem Lichen ruber planus an den Knien, den Knöcheln, Unterschenkeln, dem Skrotum und Präputium befallen. Auffallend ist die strichförmige Anordnung.

14. Fall zur Diagnose. Pellagra? Addisonsche Krankheit? von E. G. Graham Little. Der 12jährige Knabe war stets gesund, bis er etwa vor $^1/_2$ Jahre an Erbrechen und sonstigen Verdauungsstörungen erkrankte. Seither ist er stark herabgekommen, ermüdet leicht. Die Gesichtshaut erscheint wie gespannt über die Knochen. Die Haut zeigt am größten Teile des Körpers Abschuppung und Keratosis follicularis mit kurzen Stacheln, aber ohne entzündliche Rötung. An den Handrücken, am Nacken, Unterbauch, an der Genitalregion und an den oberen Teilen der Oberschenkel ist die Haut dunkel pigmentiert. An Handrücken und Nacken ist sie glatt, an Abdomen und Oberschenkeln stachelig.

Weber spricht sich für die Diagnose Addison aus.

15. Lichen spinulosus und Folliculitis decalvans, von S. E. Dore. Die 43jährige Patientin leidet seit zwei Jahren an Folliculitis decalvans. Auf der Kopfhaut finden sich kleine zirkuläre und unregelmäßige atrophische Herde; sie sind glatt, glänzend, leicht deprimiert, zeigen keine perifollikuläre Entzündung. Seit neun Wochen bestehen am Bauche, Rücken, an der Brust, den Oberschenkeln, den Ohren und dem Halse kleinste, zerstreute, spitze oder stachelige, nicht entzündliche Knötchen von normaler Hautfarbe; nur einige sind etwas größer, rot oder exkoriiert.

16. Fall von Lichen planus circinatus et atrophicus, von Alfred Eddowes. Keine nähere Beschreibung.

17. Fall von Pityriasis rubra pilaris, von J. H. Sequeira. Die 21jährige Patientin ist seit fünf Jahren erkrankt. Nunmehr ist die Affektion sehr ausgebreitet, vom Typus der Erythrodermie. Die Kopfhaut ist schuppend, das Gesicht, Hals, Schultern, oberer Rücken, Bauch und Arme ziegelrot verfärbt, mit feinen, festhaftenden Schuppen bedeckt. An der Brust, am unteren Rücken und an den Oberschenkeln sind die Effloreszenzen isoliert; es befinden sich dort dichtgedrängte, blaßrote Knötchen mit feinen Schuppen. Unterschenkel und Füße sind frei. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln. (Verlag A. Marcus & Weber, Bonn a. Rh.) Vorliegende Festschrift sollte im Oktober 1914 zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Kölner Akademie für praktische Medizin erscheinen. Der Krieg zwang, ihre Herausgabe zu verschieben. Nun liegt sie in einem stattlichen Bande vor uns, um auf nahezu 800 Seiten in rund 50 unter der Schriftleitung von H. E. Hering jun. zusammengestellten Arbeiten aus allen klinischen und wissenschaftlichen Abteilungen der Akademie, d. h. aus allen Gebieten der theoretischen und praktischen Medizin, Zeugnis abzulegen davon, daß die relativ noch junge Akademie stets bestrebt ist, von den ihr satzungsgemäß obliegenden Aufgaben besonders auch jener gerecht zu werden: „die praktische Medizin nach der wissenschaftlichen Seite zu fördern". Dem Kenner der Verhältnisse sowohl als auch dem Fernstehenden wird die einleitende Darstellung der ersten zehn Jahre der Kölner Akademie

Digitized by Google

für praktische Medizin aus Hochhaus' Feder einen interessanten Einblick in die Entstehungsgeschichte einerseits, einen ebenso interessanten Ausblick jedoch auf die an- und abstoßenden Wechselbeziehungen in mannigfacher Hinsicht gewähren, welche der Gründung der Akademie vorhergingen und die ersten Jahre ihres Bestehens erschwerten, ja oft ihr Bestehen in Frage zu stellen schienen. Daß doch schließlich die Kölner Akademie durch Kampf zum Sieg sich hindurchgerungen hat, auch davon legt die Festschrift in ihren wissenschaftlichen Abhandlungen beredtes Zeugnis ab.

Den Fachkollegen interessiert besonders Zinssers Beitrag über: „Ulcus cruris syphiliticum und syphilitische Erkrankungen der Unterschenkelknochen", in welchem er über die Untersuchung weiteren Materials berichtet und zu dem Ergebnis gelangt, daß das Ulcus cruris ohne syphilitische Grundlage relativ selten ist und in der großen Mehrzahl, auch der bisher ganz unverdächtig gehaltenen Fälle, eine genauere Untersuchung einen Zusammenhang mit Syphilis und insbesondere syphilitischen Knochenveränderungen enthüllt. Dabei soll durchaus nicht etwa gesagt werden, daß die Ulzera rein syphilitischer Natur sind und aus dem Zerfall syphilitischer Infiltrate oder syphilitischer Neubildungen hervorgegangen sind. Viel wahrscheinlicher ist, daß der ursprüngliche syphilitische Prozeß vielleicht durch phlebitische Veränderungen zu Zirkulationsstörungen und so indirekt zur Entstehung der Varizen und des Ulcus cruris geführt hat.

Benthaus berichtet aus der Aschaffenburgschen Klinik „Über Herzveränderungen und Aortitis bei den metaluetischen Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere bei Paralyse", ohne im wesentlichen Neues zu bringen. In seinem Material fand er sehr häufig im Verein mit den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems Störungen des Herzens und der Aorta. Die Beteiligung der einzelnen Arten der Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks scheint aber keine gleichmäßige zu sein; die Tabes und die Lues cerebrospinalis scheinen ungleich häufiger Veränderungen am Herzen und an der Aorta zu machen als die Paralyse.

Remertz liefert einen statistischen Beitrag zur Paralysefrage bei Mittel- und Unterbeamten mit besonderer Berücksichtigung der Militäranwärter und wendet sich dagegen, daß die Militäranwärter ein größeres Kontingent Paralytiker, Tabiker usw. stellen als die Zivilanwärter. Die einmal eingewurzelte Meinung, die metaluetischen Psychosen, wie Paralyse, Tabes usw. seien förmlich Berufskrankheiten der Militäranwärter, hat darin ihren Ursprung, daß Militäranwärter, wenn sie sich einmal in die Behandlung von Nervenärzten begeben müssen, mit seltenen Ausnahmen fast gar nichts anderes haben können als eine metasyphilitische Erkrankung des Nervensystems oder eine senile Demenz. Hier und da mag ein Neurastheniker oder ein Kranker mit einer leichten Depression, schließlich auch mal eine Spätkatatonie, den Weg zum Nervenarzt finden, aber das werden seltene Ausnahmen bleiben, denn psychisch nicht ganz intakte Leute, wie alle Psychopathen, Hysteriker, Neurastheniker halten eine zwölfjährige Dienstzeit im Unteroffizierrang nicht aus, sie verlassen von selbst den Dienst oder müssen ihn wegen Differenzen quittieren. Außerdem ist noch zu berücksichtigen, daß derartige Naturen sich schon von selbst nicht zum Soldatenberuf drängen, und die, die ihn doch wählen, werden meist schon während der vorhergehenden pflichtmäßigen Dienstzeit auffällig, so daß Bestrafung eintritt, wodurch eine Kapitulation ausgeschlossen ist. In weit höherem Maße gilt das eben Gesagte für zu ernsteren Psychosen Neigende, wie für Hebephrenie, Epilepsie, chronischen Alkoholismus und schwerere Formen des manisch-depressiven Irreseins.

„Die Kindheit der Prostituierten" beleuchtet Schneider durch eine Reihe von Feststellungen, die zwar schlaglichtartig das Milieu der Kindheit erhellen, ohne jedoch

Digitized by Google

über eine — man ist versucht zu sagen — skizzenhafte Zusammenstellung von Einzelheiten hinauszukommen.

Paul Frangenheim berichtet über seine Methode zur operativen Behandlung der Inkontinenz der Harnblase. Fr. ging bei einem Manne mit einer durch Trauma entstandenen Schlußunfähigkeit des sogenannten M. sphincter trigonalis folgendermaßen vor: Zum Ersatz des fehlenden (gelähmten oder geschwächten Sphincter int.) wurde aus der vorderen Rektusscheide ein langer rechteckiger Streifen ausgeschnitten, der bis zur Symphyse abgelöst wurde, so daß der kräftig entwickelte M. pyramidalis an dem Faszienstreifen hängenblieb. Bei liegendem Katheter wurde das Gewebe in der Umgebung des Blasenhalses so weit tunneliert, daß zunächst eine Deschampssche Nadel, später eine stärker gebogene Kornzange um den Blasenhals herumgeführt werden konnte. Mit dieser Kornzange wurden Faszienstreifen und M. pyramidalis erfaßt, um den Blasenhals herumgezogen und nunmehr so in sich vernäht, daß eine Schlinge entstand, die den Blasenhals eng umgab. Zweimalige Nachuntersuchung $^1/_4$ und $^1/_2$ Jahr später ergab vollkommene Kontinenz bei Tag und Nacht.

Beiträge über die zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste und ihre Behandlung durch Elektrokoagulation bringt Gottfried Thelen. Zur Erzeugung der Hochfrequenzströme verwendet er den Urodiatherm, der sich an jede Wechselstromleitung von 110 Volt anschließen läßt. Statt der unipolaren Elektrode Beers benutzt man besser bipolare in der Weise, daß man die eine Hochfrequenzelektrode in Form einer dünnen, biegsamen Sonde, die mit gut isoliertem Kupferdraht und Knöpfchen versehen ist, durch die Rinne eines Ureterenzystoskops in die Blase eingeführt und die äußere große Plattenelektrode auf den Unterleib des Patienten legt. Die Vorteile gegenüber der Glühschlinge des Nitzeschen Operationszystoskops bestehen n der exakten Dosierung der Hitzewirkung und in der Möglichkeit in der Tiefe zu koagulieren, ohne dabei die Blasenwand irgendwie zu schädigen.

Außerdem ist die Behandlung der Blasenpapillome durch die Elektrokoagulation ohne komplizierte Instrumente viel leichter und schneller ausführbar, weil man an jeder beliebigen Stelle des Blaseninneren die Hochfrequenzelektrode koagulierend einwirken lassen kann, wo dies mit der Schlinge unmöglich war oder wenigstens die größten Schwierigkeiten bietet. Ganz besonders dankbar und empfehlenswert ist diese Behandlungsmethode bei Rezidiven nach transvesikalen Papillomoperationen und bei allen Neubildungen, die durch ihren Sitz am Sphincter internus, in einem Blasendivertikel oder direkt an der Ureterenmündung für alle anderen Operationsmethoden schwierig oder nur unvollkommen zu entfernen sind.

Die grundsätzliche Entscheidung, ob blutige Operation oder intravesikale Entfernung, muß für den vorliegenden Fall jedesmal getroffen werden. Die benignen gestielten Papillome kann man je nach dem Sitz intravesikal entweder mit der kaustischen Schlinge abtragen oder durch den Hochfrequenzstrom koagulieren. Bei den kleinen Papillomen, zumal bei Rezidiven, oder wo Tiefenwirkungen an der Basis der Geschwulst erzielt werden sollen, ist die Elektrokoagulation die Methode der Wahl. Die Sectio alta bleibt vor wie nach den malignen Tumoren und auch sehr ausgedehnten benignen Papillomen vorbehalten. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal, von F. Dautwitz. 1. Heft. Die Radiumbehandlung. (Wien und Leipzig 1915, Wilhelm Braumüller.) Immer weitere Kreise verfolgen die therapeutische Verwendung des Radiums und seiner Emanation mit wachsendem Interesse. Dieses erstreckt sich vornehmlich darauf, näheren Einblick zu gewinnen in die Beschaffenheit der Kurbehelfe, dann jene Maßnahmen kennen zu lernen, welche bei der Verwendung des Radiums und

Digitized by Google

seiner Emanation zur Behandlung gewisser Krankheitsfälle oder Gruppen bestimmter Erkrankungen beobachtet und schließlich auch mit den Erfolgen, soweit dies möglich, aus eigener Anschauung bekannt zu werden. Diesem Interesse sollen die „Mitteilungen", deren Einzelhefte in zwangloser Folge erscheinen werden, Rechnung tragen; während zahlreiche, besonders in jüngster Zeit erschienene Abhandlungen über die therapeutische Verwendung des Radiums und die daraus abgeleiteten Folgerungen sich auf eine wenige Monate umfassende Beobachtungszeit stützen, sollen den „Mitteilungen" die in einem längeren Zeitraum gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen zugrunde gelegt werden. In dem vorliegenden ersten Heft wird entsprechend der chronologischen Entwicklung, welche die Verwendung des Radiums und seiner Zerfallsprodukte in der Medizin genommen hat, mit der Besprechung der Radiumtherapie begonnen. Nach Erörterung der zur Radiumbehandlung an der k. k. Kuranstalt benutzten Behelfe: der St. Joachimsthaler Radiumträger, der Radiumkapsel und ihrer Anwendungsweise, werden die beobachteten Wirkungen der Radiumbestrahlung zunächst bei Erkrankungen der Haut: chronisches Ekzem und Pruritus, Psoriasis vulgaris, Acne rosacea, Lupus erythematosus, Tuberkulose der Haut, Verruca, Cornu cutaneum, Fibrom, Hämangiom, Karzinom und dann ihr Einfluß auf Geschwülste, alle durch eingehende Krankengeschichten belegt, besprochen. Die außerordentlich reiche Beigabe von 33, vermittels des Autochromverfahrens hergestellter Originalaufnahmen unterstützt das geschriebene Wort wirksam in seiner Darstellung der Erfolge der Radiumtherapie. Die eingehende Schilderung der Krankengeschichten, verbunden mit der bildlichen Darstellung des Verlaufes der einzelnen Fälle erwirbt dem Buche unbedingt das Recht auf die Empfehlung als „Lehrbuch der Radiumbehandlung". O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Erkrankungen des Magens bei Lues, von Rudolf Kleisskl-Wien. (W. med. W., 1915, Nr. 3-5.) Nach Berücksichtigung der Literatur bringt der Verfasser sieben Krankengeschichten eigener Beobachtung. Es ergibt sich zunächst, daß die Gesamtazidität wie auch die Werte für gebundene Salzsäure zum Teil unterhalb, zum Teil auch innerhalb der normalen Grenzen sich bewegen, wobei sie im letzteren Falle mehr der unteren Grenze sich nähern, während die Werte für freie Salzsäure negativ oder unternormal sind. Demgegenüber sind die organischen Säuren vermehrt. Die Prüfung des ausgeheberten Mageninhaltes läßt nach der entsprechenden Zeit nicht etwa einen feinverteilten Brei, sondern nur grobe, unverdauliche Brocken und mikroskopisch unverdaute mit Jod nachweisbare Stärke erkennen. In allen Fällen findet sich ein Auftreten großer Schleimmassen. Des weiteren ist eine starke Abnahme der peptischen Kraft des Magens zu konstatieren. Außerdem kommen noch Bakterienmengen und Fetttröpfchen vor. Ein weiteres Diagnostikum besteht in der Verminderung der Chloridmenge unter die Hälfte des Normalen, während der Urin eine Steigerung seines Chloridgehaltes aufweist. Klinisch ist für die Magenlues ein plötzlicher Anfang und ein verhältnismäßig geringer Einfluß auf die Gesamtkonstitution, keine Kachexie wie beim Karzinom, ferner das nicht seltene, manchmal periodische Rezidivieren charakteristisch, wobei die Patienten über Schmerzen oder schmerzhafte Sensationen in der Magengegend klagen. Ein ziemliches Gewicht legt Verfasser auf die vermehrte Ausscheidung einverleibter Galaktose. Dagegen ist die Harnstoffmenge im Urin vermindert. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Über syphilitische Mastdarmstrikturen, von Schulze-Tigges-Hamburg-Eppendorf. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 24, H. 1.) Verfasser hat in den letzten 22 Jahren 17 Fälle von Mastdarmstrikturen beobachtet; fast bei allen ließ sich die Syphilis als Ursache anamnestisch oder durch Vorhandensein anderer klinischer Zeichen nachweisen. Die Strikturen selbst bieten keine absolut charakteristischen Merkmale, die sich differentialdiagnostisch für die Entstehung aus luetischen oder aus anderen ulzerösen Prozessen verwerten lassen. Sie befanden sich immer einige Zentimeter über der Analöffnung und waren fast immer scharfrandig. Die Behandlung sämtlicher Fälle bestand in der Amputation des Mastdarms auf sakralem Wege unter Erhaltung des Sphinkter. Die spezifische Behandlung ist wertlos, da es sich um die Narben abgelaufener Ulzera handelt. H. Boehme-Leipzig.

Syphilitische Nephritis, von A. Stengel und J. H. Austin-Philadelphia. (Am. J. m. Science, Januar 1915.) In den letzten Jahren ist von verschiedenen Seiten festgestellt worden, daß das syphilitische Virus Nierenentzündungen hervorzurufen geeignet ist, und daß keine Berechtigung besteht für die früher vorherrschende Neigung, alle Erscheinungen von Nierenreizung bei Luetikern auf die eingeschlagene Therapie zu beziehen. Munk, der dieser neueren Auffassung zustimmt, hat 1913 auf das Auftreten von eigentümlichen, doppelt lichtbrechenden lipoiden Körperchen im Urin von Nephritikern hingewiesen und dabei konstatiert, daß dieselben so überwiegend häufig bei gleichzeitiger Syphilis vorkommen, daß er ihnen einen recht ausgesprochenen diagnostischen Wert zuschreibt. Verfasssr haben zur Prüfung der Frage den Urin von 46 Kranken mit dem Polarisations-Mikroskop untersucht. Es handelte sich dabei bei 23 Fällen um Nephritis mit reichlichem Eiweiß und Zylindern im Urin, von denen sechs Luetiker mit stark positivem Wassermann waren, drei sehr suspekt syphilitisch waren, aber negativen Wassermann ergaben, und 14 zuverlässig als nicht syphilitisch bezeichnet werden konnten. Von diesen letzten 14 ergaben nur fünf das Vorhandensein von Lipoiden im Urin; die sechs Luetiker mit positivem Wassermann zeigten sämtlich die Lipoide und ebenso zwei von den drei zweifelhaften Fällen. Einer der Syphilitiker mit stark lipoidhaltigem Urin war niemals mit Quecksilber behandelt worden. Von den übrigen 23 Fällen, die als interstitielle Nephritis mit bloßen Spuren von Albuminurie teils mit, teils ohne Syphilis geführt werden, zeigte keiner die Lipoidkörperchen. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Nierenbeckensyphilis, von S. Gottfried. (W. m. W., 1914, Nr. 13.) Der 21jähr. Pat. hatte sich eine ihm unbekannte Flüssigkeit in die Blase einspritzen lassen, um eine Urogenitalerkrankung zwecks Befreiung vom Militärdienste vorzutäuschen. Er erkrankte mit Fieber, Harndrang, Hämaturie und Schmerzen im Bauche. Die urologische Untersuchung ergab eine diffuse Zystitis, beiderseitige Pyelitis und linksseitige Pyelonephritis. Der mittels Ureterenkatheterismus gewonnene Harn erwies sich als kulturell steril; er blieb trotz Nierenbeckenwaschungen trüb. Diese Momente erregten den Verdacht auf Syphilis; die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus. Es wurden nun Injektionen mit Salizylquecksilber verabreicht; nach der dritten begann der Harn sich zu klären und war nach der sechsten völlig klar. Er blieb auch in der Folge völlig normal. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilis und Nebennieren, von A. Sézary. (Gaz. des. hôp., 1914, Nr. 80.) Bei jungen Erbsyphilitischen sind Läsionen der Nebennieren sehr häufig und bedingen zum Teil jene Störungen des Allgemeinbefindens, die zur Kachexie führen können. Bleiben die Kinder überleben, so restiert eine Schwäche der Nebennieren, die sich erst gelegentlich einer Infektion oder einer Intoxikation manifestiert. Die erworbene Syphilis ist weniger gefährlich für die Nebennieren; immerhin kann sie Addisonsche Symptome hervorrufen oder durch sklerosierende Entzündung Nebenniereninsuffizienz bedingen.

Digitized by Google

Es ist daher wichtig, daß der Kliniker bei Fällen von Nebenniereninsuffizienz nach Syphilis, bei Fällen von Syphilis nach jener sucht. Gegebenenfalls soll dann die spezifische Behandlung mit der Organotherapie kombiniert werden. Arsen soll in solchen Fällen nur mit äußerster Vorsicht gegeben werden. R. Frühwald-Leipzig.

Fieber bei Lebersyphilis, von K. Hintze-Bangkok. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, Nr. 19.) Bei den hier beschriebenen Fällen begann die Erkrankung ziemlich plötzlich mit Magen- und Leibschmerzen, starker Störung des Allgemeinbefindens und hohem Fieber; schon nach kurzer Zeit ließ sich eine deutliche Schwellung des linken Leberlappens nachweisen. Obwohl die Lues bei keinem der Patienten anamnestisch feststand, wurde spezifisch behandelt und damit volle Heilung erzielt. Da die schnelle Entwicklung der Erkrankung und die plötzliche Leberschwellung nicht auf eine Gummabildung zurückgeführt werden kann, glaubt Verfasser, daß zu dem bestehenden Gumma plötzlich entzündliche Vorgänge hinzugekommen seien. H. Boehme-Leipzig.

Lebersyphilis in Gestalt der gewöhnlichen Zirrhose, von W. F. Chency-San Francisco. (Am. J. m. Science, August 1914.) An sechs, den Hauptmomenten nach mitgeteilten Krankengeschichten zeigt Verfasser, daß Lebersyphilis sehr wohl bestehen kann, ohne daß irgendwelche für Lues sprechende klinische Erscheinungen vorhanden sind. Bei zwei der beobachteten Fälle konnte die auf Grund der positiven Wassermannschen Reaktion eingeleitete Behandlung geradezu als lebensrettend bezeichnet werden.
A. Philippi-Salzschlirf.

Die Leber bei erworbener Syphilis, von Harlow Brooks-New York. (New York m. J., 27. Juni 1914.) Die Beobachtungen, welche B. anstellte, erstrecken sich auf 50 Fälle erworbener Lues, wovon 39 bei männlichen und elf bei weiblichen Patienten; drei starben während des aktiven Stadiums der Krankheit, die übrigen stellen das dritte Stadium derselben dar. Symptome von seiten der Leber stellen sich ziemlich früh bei Lues ein, Gelbsucht nicht selten schon im frühen Sekundärstadium, ungefähr zur Zeit, wo Haut und Schleimhäute befallen werden. Wenn auch in manchen Fällen dieser Ikterus als ein katarrhalischer anzusehen ist, so berichtet doch B. über Fälle von sekundärer Syphilis, wo histologisch aktive Periarteriitis mit Rundzelleninfiltration usw. festgestellt wurde. In 14 Fällen war die Leber vergrößert und relativ noch mehr an Gewicht erhöht. 36 der Fälle zeigten fettige Degeneration. Perihepatitis, welche lange Zeit hindurch als häufige Veränderung bei Lebersyphilis angesehen wurde, wurde in mehr weniger hohem Grade in verschiedenen Fällen gefunden und bot bei dreien die äußersten Grade der diffusen Hyaloserositis. Diese pathologischen Studien führten in Zusammenhang mit den klinischen Beobachtungen B. zur Überzeugung, daß nur in seltenen Fällen die Symptome von seiten der Leber bei Syphilis von differential-diagnostischer Bedeutung sind. In keinem seiner sieben Fälle von gummatöser Hepatitis wurde klinisch die Syphilisdiagnose gestellt und waren auch keine Erscheinungen von schwerer Lebererkrankung vorhanden. Wo jedoch palpable Gummata und eine positive Wassermannsche Reaktion festzustellen sind und die spezifische Behandlung erstere deutlich beeintlußt, ist natürlich eine Diagnose möglich. Mikroskopische Untersuchung von Lebergewebe, das tertiären Fällen nach energischer Behandlung entnommen war, zeigte vollständige Resolution, soweit als sie Rundzelleninfiltration, gummatöse Knoten und andere für Lues charakteristische Veränderungen betraf, während die fibröse Hyperplasie wie bei gewöhnlicher Leberzirrhose weiter fortschritt. Verfasser kam daher zu dem Schlusse, daß bei lange bestandenen Fällen von syphilitischer Lebererkrankung die Behandlung weniger günstige Resultate aufweist, als bei den meisten anderen Formen von Lues tiefliegender innerer Organe. M. Stern-München.

Digitized by Google

Zur Klinik der akuten, gelben Leberatrophie mit Berücksichtigung der Ätiologie, von Dr. Halberg-Kiel. (M. Kl., 1915, Nr. 21.) Ein Fall von akuter, resp. subakuter, gelber Leberatrophie, bei dem sich nach der Sektion zufällig herausstellte, daß der Pat. ein viertel Jahr vor der Aufnahme ins Lazarett sich mit Lues infiziert hatte, und seine erste Kur bestehend in elf Kalomelinjektionen und sechs Salvarsaninjektionen = 2,33 g Altsalvarsan acht Tage vor der Aufnahme beendet hatte, lenkte die Aufmerksamkeit des Verfassers auf den Zusammenhang zwischen akuter, gelber Leberatrophie und Syphilis, resp. Salvarsan. Für die Ausführungen Halbergs über das Wesen der akuten, gelben Leberatrophie, ihrer Ätiologie usw. und auch über die in der Literatur herrschenden differenten Anschauungen, sei auf das Original verwiesen. Faßt man den Begriff der Krankheit eng, d. h., versteht man darunter nur solche Veränderungen der Leber, bei denen durch „rapid vor sich gehende Autolyse das Parenchym der Leber in stärkstem Maße fettig zerfällt und resorbiert wird", so kommt von ätiologischen Momenten nur das Frühstadium der Lues und die akute Phosphorvergiftung in Betracht, wenn man nicht mit Leube an eine noch nicht entdeckte Noxe glaubt und von einer idiopathischen, resp. kryptogenetischen akuten, gelben Leberatrophie sprechen will. Wenn man aber den Begriff der akuten, gelben Leberatrophie weiterzieht und Fälle von akuten, schweren Leberdegenerationen mit gelegentlicher Einschmelzung des Parenchyms mit einschließt, so kommen die verschiedensten Intoxikationen und Infektionen als ätiologische Faktoren in Frage: Phosphor, Chloroform, Alkohol, Wurst- und Pilzgifte und vor allem Arsenik, sowie die Infektionskrankheiten: Typhus, Sepsis, Diphtherie, Erysipelas und Syphilis im Frühstadium. Diese beiden Faktoren: daß die Syphilis im Frühstadium sehr häufig zu Lebererkrankungen führt, und daß die Leber die Hauptdepotstelle für das As (aus dem Salvarsan) im Organismus ist, sind wohl bei Stellung der Diagnose und auch bei eventueller Einleitung einer spezifischen Therapie ernstlich zu erwägen. Halberg kommt bei seinen Betrachtungen und dem Studium der Literatur zu folgenden Schlüssen: „Die Übereinstimmung mit einwandfreien Beobachtungen der Verfasser kann, wenn auch außerordentlich selten, auch einmal eine akute, gelbe Leberatrophie ein sogar tödliches Ereignis sein, das dem Salvarsan zur Last gelegt werden muß; sei es durch zu große Gaben des Mittels, sei es infolge individueller Disposition des Luetikers." Trotzdem kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß es ganz falsch wäre, aus diesen Gründen die Salvarsanbehandlung aufzugeben, es ist nur Vorsicht in der Dosierung des Mittels und genaue Beobachtung des Patienten notwendig. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg hat sich als Freiwilliger infolge einer Aufforderung des Roten Kreuzes nach Bulgarien begeben.

Dr. Ernst Meyer, Assistent der Lupusheilstätte der dermatologischen Klinik in Gießen, ist gefallen.

Stadtrat Dr. Friedrich Erismann in Zürich, gewesener Professor der Hygiene in Moskau, bekannt durch seine wichtigen Untersuchungen über die Schweißsekretion, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Dezember 1915 | Nr. 50 | Band 61

Aus der Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart
(Vorstand: Sanitätsrat Dr. Hammer).

Über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion.

Von

Dr. Bendig, Polizeiarzt und II. Arzt der Abteilung.

Seit zehn Jahren wird die Wassermannsche Blutuntersuchung zur Syphilisdiagnose verwertet. Eine Unmenge Literatur ist darüber entstanden. Jedoch die anfänglich zuversichtliche Meinung, daß in der Wassermannschen Reaktion ein spezifisches Diagnostikum dafür gefunden wäre, daß das betreffende Individuum syphilitische Stoffe im Körper habe oder nicht, konnte kritischen Untersuchungen nicht völlig standhalten.

Die Literatur darüber ist in der Dissertationsarbeit von Eduard Weiss-Würzburg: „Wassermannsche Reaktion und maligne Neubildungen" eingehend besprochen, so daß ich darauf verweise. Aus seiner Arbeit sei nur folgende Stelle festgehalten: „Es kann lange Jahre nach der luetischen Infektion die Wassermannsche Reaktion auf Grund des Spirochätenmaterials im Blute positiv ausfallen. Sie kann aber auch negativ sein besonders dann, wenn die Lues gut behandelt war; die bestehende Neubildung ist aber trotzdem ein Gumma. Es kann also hier der Ausfall der Reaktion durchaus kein therapeutischer Wegweiser sein. Denn wir haben — unter der Annahme, daß bei allen Fällen von Neubildung eine frühere Lues anamnestisch oder klinisch festgestellt ist — folgende Möglichkeiten: WR positiv, Gumma; oder WR negativ, trotzdem Gumma; oder WR positiv, maligne Neubildung auf luetischer Basis; oder WR negativ, trotzdem Neubildung auf luetischer Basis."

Dazu kommt noch: WR positiv, maligne Neubildung ohne irgend eine anamnestische Angabe über frühere Lues, und WR negativ, maligne Neubildung ohne irgend eine anamnestische Angabe über frühere Lues. Daraus folgt, daß der Ausfall der Reaktion nicht bestimmend für die Therapie sein kann.

Ferner schreibt Bettmann in seinem Buche „Einführung in die Dermatologie", daß der Kurplan nicht ohne weiteres von dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion abhängig gemacht werden darf. Die serologische Untersuchung kann im ganzen für die Behandlungsfrage nicht

Digitized by Google

allein entscheiden. Und in seinem Buche „Therapie der Haut- und venerischen Erkrankungen" muß SCHÄFFER seine Behauptung, daß der mit Hilfe der WASSERMANN-Reaktion nachgewiesene Stoff charakteristisch für die Syphiliserkrankung ist, einschränken durch die Angaben, daß positiver „WASSERMANN" auch bei einigen anderen Krankheiten, Lepra, tropischer Framboësie, Scharlach, Malaria, Rekurrens, Pest, Beriberi vorkommen kann. Darüber liegen eine ganze Reihe von Berichten vor. Auch wir sind auf Grund unserer Beobachtungen dazu gelangt, den Wert der WASSERMANNschen Reaktion wesentlich einzuschränken.

Es seien zunächst unsere seit der Einführung des Salvarsans bis zum 31. Dezember 1913 behandelten und auf WASSERMANNsche Reaktion untersuchten Fälle mitgeteilt.

Beim Primäraffekt war ja eine negative Reaktion noch am ehesten zu verstehen. So hatten wir unter 256 Primäraffekten

74 = 29 % mit WR —
3 = 1 % „ WR ±
16 = 6 % „ WR +
37 = 14 % „ WR ++
126 = 50 % „ WR +++.

Dabei war das Resultat ganz unabhängig von der Zeitdauer, die seit der Infektion verflossen war. Das Alter des Primäraffektes spielt gar keine ausschlaggebende Rolle. In einigen Fällen trat stark positive Reaktion bereits zwei Tage nach der Infektion auf, in anderen war sie noch negativ drei Monate nach der Infektion, wie aus folgender Statistik hervorgeht. Bei 207 Primäraffekten konnte die Zeit der Infektion festgestellt werden.

In 34 Fällen lag die Ansteckung 2—8 Tage zurück. Davon hatten

WR — 14 = 41 %
WR ++ 7 = 20 %, darunter einer, der erst 2 Tage alt war,
WR +++ 13 = 39 %, darunter drei, die erst 2 Tage alt waren.

In 60 Fällen lag die Ansteckung 9—14 Tage zurück. Davon hatten

WR — 16 = 26 %
WR + 7 = 12 %
WR ++ 13 = 22 %
WR +++ 24 = 40 %.

In 63 Fällen lag die Ansteckung 3—4 Wochen zurück. Es hatten

WR — 21 = 33 %
WR + 5 = 8 %
WR ++ 7 = 11 %
WR +++ 30 = 48 %.

Digitized by Google

In 32 Fällen lag die Ansteckung 5—6 Wochen zurück. Es hatten

WR — 10 = 31 %
WR + 2 = 6 %
WR ++ 3 = 10 %
WR +++ 17 = 53 %.

In 8 Fällen lag die Ansteckung 7—8 Wochen zurück. Es hatten

WR — 3 = 38 %
WR ++ 1 = 12 %
WR +++ 4 = 50 %.

In 10 Fällen lag die Ansteckung 3 Monate zurück. Es hatten

WR — 3 = 30 %
WR + 2 = 20 %
WR +++ 5 = 50 %.

Fassen wir die Fälle bis zum Ablauf der sechsten Woche einerseits, die nach der sechsten Woche andererseits zusammen, so ergibt sich:

von 189 Primäraffekten im Alter bis 6 Wochen hatten

WR — 61 = 32 %
WR + 14 = 7 %
WR ++ 30 = 16 %
WR +++ 84 = 45 %;

von 18 Primäraffekten, die über 6 Wochen alt waren, hatten

WR — 6 = 33 %
WR + 2 = 11 %
WR ++ 1 = 6 %
WR +++ 9 = 50 %;

Die Angaben W. Fischers, daß vor dem Ablauf der sechsten Woche nach der Ansteckung 20 %, nach der sechsten Woche 80 % positiv reagierten, konnten also nicht bestätigt werden. Auch das Verhältnis der Spirochätenanzahl im Dunkelfeld war nicht proportional der Stärke der Wassermannschen Reaktion.

Es sei noch bemerkt, daß die Wassermannsche Serumuntersuchung bei uns im serologischen Laboratorium der Katharinenhospital-Apotheke selbstverständlich auf das genaueste ausgeführt wird, damit auch paradoxe Erscheinungen, wie sie Meirowsky 1910 beschreibt, möglichst ausgeschaltet werden. Jede Wassermannsche Untersuchung wird mit 3—4 Extrakten angestellt, darunter mindestens zwei Lues-Leberextrakte und bei zweifelhaften Fällen immer noch ein Lues-Leberextrakt aus dem Wassermann-Laboratorium.

Stets Kontrolle: 1. Hämolytisches System; 2. doppelte Menge Serum; 3. doppelte Menge Extrakt; 4. sicher luetisches Serum (Durchschnittsserum von mindestens sechs Patienten); 5. sicher nicht luetisches Serum

Digitized by Google

(Durchschnittsserum von mindestens sechs Patienten); 6. Hammelblut-NaCl-Lösung (Isotonie); 7. Komplement (Eigen-Ambozeptor); Bestimmung der vom jeweilig im Hauptversuch verwendeten Extrakt absorbierten Komplementmenge (neuere Arbeit von Marg. Stern).

Von den 74 Primäraffekten mit negativer WR wurden 31 auch während der Behandlung untersucht.

Es blieben negativ 27
es hatten WR + 1
WR ++ 2
WR +++ 1 (am Schluß der Kur —).

Zur Nachuntersuchung nach $^1/_4$—2 Jahren kamen 10, darunter 7, die während der Kur WR — hatten und es auch bei der Nachuntersuchung blieben. In einem Falle trat $^1/_2$ Jahr nach der Behandlung (Salvarsan 0,6 und 20 Inunktionen) ein papulöses Syphilid des Gesichts, der Brust und des Rückens auf mit WR +++, die auch während der Kur (dreimal Salvarsan à 0,6 und 30 Inunktionen) und am Schluß derselben stark positiv blieb.

In einem anderen Falle mit kleiner Erosion an der linken Nymphe (viele Spirochaetae pallidae) war die WR negativ am Anfang wie am Ende der Kur (zweimal Salvarsan à 0,6 und 25 Inunktionen); 16 Monate später breite Kondylome, Leucoderma colli mit WR +++: Hg-Kur mit 36 Inunktionen à 4 g (Salvarsan konnte wegen schlechter Venenverhältnisse nicht gegeben werden), sechs Monate später wieder papulöses Rezidiv. Endlich traten bei einem Patienten nach vier Monaten Papeln mit WR + auf.

Von den drei Patienten mit WR + kam einer zur Nachuntersuchung. Er hatte nach drei Monaten WR +, nach weiteren vier Monaten ohne Behandlung WR —.

Von den 16 Patienten mit WR + wurden während der Kur untersucht 8. Davon hatten WR —: 5, WR +: 2, WR ++: 1. Zur Nachuntersuchung kamen 2, davon hatte einer nach 2 Monaten WR —, der andere kam nach 13 Monaten mit Papulae ani, Psoriasis palm. et plant. und WR +++. Er erhielt zweimal Salvarsan und 20 Inunktionen; 5 Monate später Papeln am Präputium mit Spiroch. pallid. und WR +++, wieder zweimal Salvarsan und 20 Inunktionen. Am Schluß der Kur WR +++.

Von den 37 Patienten mit WR ++ wurden 16 auch während der Kur untersucht. Davon hatten

WR — 12, einer davon am Schluß WR +++,
WR + 1
WR ++ 1
WR +++ 2, einer davon am Schlusse, nachdem er dreimal Sal-

Digitized by Google

varsan und 30 Inunktionen erhalten, WR +++, 9 Monate später Papeln mit Spiroch. pallid., dabei WR —, wieder Kur, während derselben und am Schlusse WR —, auch später bei wiederholten Nachuntersuchungen WR —.

Zur Nachuntersuchung kamen außerdem noch 6 Primäraffekte. Davon waren negativ: drei nach 2 Monaten, einer nach 3 Monaten (dabei Rachenpapeln!). Zwei Fälle kamen wiederholt zur Nachuntersuchung, einer blieb stets negativ, einer, der während der Kur negativ gewesen war, hatte zweimal Salvarsan à 0,5 und 30 Inunktionen erhalten.

2 Monate	später	WR ++	: 30	Inunktionen,	
3 „	„	WR —			
11 „	„	WR +	: 30	„	
2 „	„	WR +++	: 22	„	
1 Monat	„	WR —	: 28	„	
2 Monate	„	WR ++	: 30	„	(am Schluß der Hg-Kur WR +++).

Von den 126 Primäraffekten mit WR +++ wurden während der Kur 61 untersucht. Es hatten

WR — 17, sie waren es auch am Schlusse,
WR + 2, davon einer 3 Monate später Papeln,
WR ++ 7,
WR +++ 35, davon 8 am Schlusse WR —.

Zur Nachuntersuchung gelangten 25. Es hatten

WR — 13. Einer davon hatte nach 2 Monaten WR —, 3 Monate später WR +++, erhielt Salvarsan dreimal und Hg-Kur, 2 Monate später WR —, 1 Monat später +.
WR ++ 1, und zwar 7 Monate später,
WR +++ 5. Außerdem hatten 6 nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr Rezidive (Papeln, Exanthem) mit WR +++.

Zusammenfassend läßt sich folgendes feststellen: Von den 256 Primäraffekten kamen 45 zur Nachuntersuchung. Davon hatten WR — 12, darunter 7, die von Anfang an negativ gewesen waren. Bei 13 traten Rezidive auf (Papeln, Exanthem, Angina), wobei die WR in 11 Fällen +++, in 2 Fällen negativ ausfiel. In den anderen 20 Fällen wechselte die Wassermannsche Reaktion von + bis +++.

Auch bei der sekundären Lues war die Reaktion nicht eindeutig.

Es hatten unter 471 Patienten 26 = 6 % WR —,
5 = 1 % WR ±,
12 = 3 % WR +,
26 = 5 % WR ++,
390 = 83 % WR +++,
12 waren nicht untersucht.

Digitized by Google

Bei den Rezidiven nach Hg war der Stand folgender:
Unter 152 Patienten hatten 14 = 9% WR —,
1 = 1% WR ±,
10 = 7% WR +,
23 = 15% WR ++,
100 = 66% WR +++.
4 wurden nicht untersucht.

Bei den Rezidiven nach Salvarsan und Hg (auswärts behandelt) hatten unter 28 Patienten 2 = 7% WR —,
3 = 11% WR ++,
23 = 82% WR +++.

Von den 67 Patienten mit tertiärer Lues hatten
7 = 10% WR —,
1 = 1% WR +,
6 = 9% WR ++,
51 = 80% WR +++.

Von 30 Patienten mit metaluetischen Erscheinungen hatten
4 = 13% WR —,
1 = 3% WR ±,
1 = 3% WR +,
3 = 10% WR ++,
19 = 63% WR +++,
2 wurden nicht untersucht.

Von 15 Patienten mit hereditärer Lues hatten
3 = 20% WR —,
1 = 7% WR +,
6 = 40% WR +++,
5 wurden nicht untersucht.

Zusammenfassend hatten unter 994 Patienten mit manifester Lues resp. Metalues:
130 = 13% WR —,
10 = 1% WR ±,
41 = 4% WR +,
98 = 10% WR ++,
715 = 72% WR +++.

Bei der Wassermannschen Untersuchung während der Kur ergaben sich gleichfalls dieselben unregelmäßigen Resultate wie bei den Primäraffekten. Wiederholt haben wir feststellen können, daß die anfangs positive Reaktion im Verlaufe der Kur negativ ausfiel, um am Schluß wieder positiv zu werden.

Digitized by Google

Die Schwierigkeit beginnt jedoch erst bei den latenten Fällen von Lues, wo wir uns auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion allein verlassen sollen.

Bei unseren 448 Lues lat.-Fällen hatten

WR —	173	= 38 %,
WR ±	4	= 1 %,
WR +	15	= 3 %,
WR ++	52	= 12 %,
WR +++	204	= 46 %,

wobei die meisten zwei und mehrere Hg- und Salvarsan-Kuren durchgemacht hatten. Dabei richtete sich der Ausfall durchaus nicht nach der Menge der Kuren, wie Altmann annimmt. Wir haben 103 Fälle, in denen die negative Reaktion nach Hg allein auftrat und auch negativ blieb, darunter sogar 31 Patienten, bei denen nach einer einzigen Inunktionskur negative Reaktion eintrat, die auch bei jahrelangen — bis zu 10 Jahren — Nachuntersuchungen negativ blieb. Andererseits sind viele Fälle vorhanden, in welchen die Reaktion trotz vieler Kuren stark positiv blieb, oder auch bisweilen manchmal bis zu 2 Jahren negativ war, um dann wieder positiv zu werden. Ein überaus trauriges Beispiel war die Mitteilung im vorigen Jahre über einen Patienten, der mehrere intensive Kuren durchgemacht hatte und dann 2 Jahre lang negative WR zeigte, und dem der Arzt daraufhin die Ehe gestattet hatte: 6 Wochen nach der Hochzeit hatte die junge Gattin Papeln und Roseola! Aus meiner Praxis ein Beispiel: E. W., 1908 Infektion. 2 Hg-Kuren und Jodkalium bei einem Kollegen. 4. III. 1914 keine Erscheinungen, WR +++: dreimal Salvarsan à 0,4 und 8 Hg-Salizylinjektionen. 10. IX. 1914 WR —, 4. III. 1915 WR —, 2. VI. 1915 WR —, dabei Periostitis tibiae, die auf Jodkalium und Kur zurückging.

Durch unsere 1—3 Jahre dauernden Untersuchungen kommen wir zu demselben Tohuwabohu, das Fuchs an der Hand seines Materials in Przemysl aufstellt:

WR beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ.

WR beim Zugang positiv, bis zu einem Jahre negativ, dann positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ.

WR beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ, trotz klinischer Rezidive negativ, nach der Behandlung weiter negativ.

WR beim Zugang positiv, trotz Behandlung stets positiv.

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung negativ und dauernd negativ.

Digitized by Google

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, auf neuerliche Behandlung negativ und negativ geblieben.

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, trotz weiterer Behandlung positiv.

Diese Aufstellung läßt sich noch beliebig erweitern.

Ja, ist dann die Wassermannsche Reaktion überhaupt noch ein spezifisches Diagnostikum für Lues?!

Schon 1912 wurde diese Frage: „nach wie langer Zeit kann noch die wiederholt negativ befundene WR wieder in die positive umschlagen", auf der Frühjahrsversammlung der südwestdeutschen Dermatologen in Stuttgart von San.-R. Dr. Hammer zur Erörterung gestellt. Dabei zeigte es sich, daß damals bereits etwa ein Dutzend derartiger Beobachtungen (positive Reaktion nach längere Zeit bestehendem negativem Befunde) vorlag. So berichtete Hammer über drei Fälle. Der erste Fall war eine Reinfectio syphilitica aus dem Jahre 1909, der nach ausgiebiger Hg-Behandlung (zuletzt Kalomelinjektion im Januar 1911) im Juli und Oktober 1911 negativ, im Januar 1912, also nach einem Jahre, aber wieder positiv (++) gefunden wurde. Beim zweiten Fall stammte die Syphilis aus dem Jahre 1903; bis 1909 gaben hartnäckige weiße Flecke an der Zunge bei dem unverbesserlichen Raucher zu zahlreichen Hg-Kuren Veranlassung. Diese Flecke waren auch noch Ende Oktober 1910 (letzte Hg-Kur Januar 1910) vorhanden, als die WR negativ befunden wurde, Januar 1911 ebenfalls negativ, dagegen elf Monate später wieder positiv. Der dritte Fall muß mehr als ein zwischen den Behandlungen schwankender angesehen werden. Es gelang aber nicht, trotz ausgiebigster Behandlung, ein dauernd negatives Ergebnis zu erzielen. Über ähnliche Beobachtungen konnten damals auch Dreyer, Loeb, Max Müller, Gutmann, Jacobi, Halle, Lion berichten, in denen eine mehrfach festgestellte negative Wassermannsche Reaktion nach einem Intervall von 1—3 Jahren wieder positiv geworden war.

In einem Aufsatz von A. Dreyer 1913 ist der positive Ausfall sogar erst vier Jahre später wieder aufgetreten, nachdem trotz rezidivierender Iritis die Untersuchung bis dahin stets ein negatives Resultat ergeben hatte.

In der Zwischenzeit hat nun wohl jeder mehr oder weniger derartige Fälle beobachtet, wo nach einer Latenzperiode von 2—3 oder noch mehr Jahren mit negativer WR plötzlich wieder klinische Erscheinungen, besonders tertiärer Art mit positiver oder auch negativer Reaktion wie mein oben erwähnter Fall, auftraten. Daraus folgt, daß die negative WR im Einzelfalle weder unser therapeutisches Vorgehen noch die Prognosenstellung, also auch nicht den Ehekonsens, bestimmen darf.

Digitized by Google

Wir werden dazu geführt, die WR in Zukunft wieder mehr als eine einzelne Erscheinung anzusehen, die als solche keine unbedingte Geltung hat, sondern nur im Zusammenhang mit anderen verdächtigen Kennzeichen gewertet werden darf.

Es ist nur zu begrüßen, wenn wir uns wieder fester auf unsere klinischen Merkmale stützen. Es werden vielleicht auch andere es als psychologisch bedenklich gefunden haben, daß man angefangen hat, die Lues-Hauterscheinungen oft nur dann gelten zu lassen, wenn der Serumbefund damit übereinstimmt, sich aber im Gegenfall unbehaglich und unsicher zu fühlen.

Man hat ja oft betont, die negative WR sei bedeutungslos und diagnostisch nicht zu verwerten. Aber mit dem Kranken freut man sich doch immer über den negativen Befund, und es bildet sich dann unter der Hand das Gefühl aus, daß es eine günstige Erscheinung sei, besonders, wenn sie sich einige Male wiederholt.

Wie steht es nun aber mit dem positiven Ausfall der Reaktion? Ist sie durchaus beweisend für Syphilis? Wir wissen, daß die positive Reaktion bei Lepra, Framboesia tropica, im Narkosenblut, bei Malaria, bei Scharlach, im Leichenblut und im eklamptischen Anfall vorkommt.

Über vorübergehende leichte Hemmung der Hämolyse bei Ulcera mollia berichtet Fr. Blumenthal. F. Lesser weist darauf hin, daß es Sera von Nichtsyphilitischen gäbe, die sehr träge zur Hämolyse führten, und daß insbesondere bei Seren von Patienten, die an Ulcera mollia mit Bubo litten, die Hämolyse sehr langsam eintrete. Im Frühjahr 1915 erschien dann eine Arbeit von C. Gutmann, in der er über einige Fälle von vorübergehender positiver Wassermannscher Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea berichtet.

Es sei mir nun gestattet, an der Hand eines ziemlich reichlichen Materials meinerseits zu der Frage Stellung zu nehmen. Seit Mitte 1912 haben wir bei sämtlichen wegen Geschlechtskrankheiten eingelieferten Mädchen die Wassermannsche Reaktion angestellt. Darunter waren 813, die nur an Gonorrhoe litten und auch früher nicht Lues gehabt hatten. Von diesen an Tripper erkrankten Mädchen hatten

129 = 16 % WR +++
45 = 6 % WR ++
37 = 4 % WR +

211 = 26 % positive Wassermannsche Reaktion.

Auf Grund dieses positiven Resultates haben wir diese Mädchen Inunktionen zu täglich 4 g Ung. cinereum vornehmen lassen. War die Gonorrhoe geheilt, dann wurde das Mädchen entlassen, auch wenn es

Digitized by Google

erst einige wenige Inunktionen vorgenommen hatte. Wurde dann nochmals die Blutuntersuchung angestellt, so hatten wir die merkwürdige und zugleich befriedigende Tatsache, daß die Wassermannsche Reaktion schon nach diesen wenigen (manchmal 3—5) Inunktionen negativ ausfiel.

Einige Beispiele seien angeführt:

E. D. Aufnahme 22. VII. 1914. Gonorrhoe, Erosio cervicis WR ±. 28. VII. WR +++. 6 Inunktionen. 11. VIII. WR —.

M. K. Aufnahme 3. VII. 1915. Gonorrhoe, Parametritis, Erosionen nympharum, 3 Inunktionen. Aussetzen der Kur wegen hoher Temperatur und schlechten Allgemeinbefindens. 3. VIII. WR ++. 11. VIII. WR —. 24. VIII. WR —.

M. R. Erste Aufnahme 16. I. Gonorrhoe. WR +++. 17 Inunktionen. Zweite Aufnahme 17. IV. Gonorrhoe. WR —.

M. J. Erste Aufnahme 16. IX. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 20. III. 1915. Gonorrhoe und Bartholinitis. WR +++. 20 Inunktionen. 10. IV. WR — (20 Tage später).

M. A. Erste Aufnahme 5. V. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 21. VII. 1914. Gonorrhoe. WR —. Dritte Aufnahme 6. XI. 1914. Gonorrhoe. WR +. Vierte Aufnahme 16. XII. 1914, Gonorrhoe. WR —. Fünfte Aufnahme 24. IV. 1915. Gonorrhoe und Skabies. WR +++. 17 Inunktionen. 12. V. WR — (18 Tage später).

E. L. Erste Aufnahme 25. XI. 1913. Gonorrhoe, Erosio cervicis. WR ++. 11 Inunktionen. Zweite Aufnahme 10. II. 1914. Gonorrhoe. WR —.

Derartige Fälle, in denen die positive Wassermannsche Reaktion nach nur wenigen Inunktionen negativ wurde, haben wir 43mal beobachtet, und zwar 26mal bei WR +++, 12mal bei WR ++, 5mal bei WR +. In 8 Fällen blieb die Reaktion positiv trotz Hg-Kur.

Dann erschien die Arbeit von C. Gutmann über vorübergehende positive Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea. Wir haben sofort daraufhin unsere Behandlungsweise einer Änderung unterzogen. Trotz positiver Wassermannscher Reaktion unterblieb die antiluetische Behandlung. Dafür wurde die Blutuntersuchung öfter angestellt. Und da zeigte es sich, daß auch ohne antiluetische Kur die anfangs positive Reaktion oft schon nach 8 Tagen negativ ausfiel. Auch hier einige Beispiele:

1. L. B. Erste Aufnahme 4. IX. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 7. IV. 1915. Skabies. WR +++. Dritte Aufnahme 25. VI. 1915. Gonorrhoe. WR —. 12. VII. 1915. Skabies wieder aufgetreten. WR ++.

2. A. S. Aufnahme 4. VI. 1915. Gonorrhoe, sehr starker Ausfluß, WR +++. 15. VI. 1915. WR +, 11 Tage später. 28. VI. 1915. WR —, 13 Tage später. 16. VII. 1915. WR —, 18 Tage später.

3. C. H. Vorher 9mal wegen Gonorrhoe im Spital gewesen. Zehnte Aufnahme 12. IX. 1911. Gonorrhoea urethrae. WR —. Elfte Aufnahme 18. XII. 1911. Gonorrhoe und Zervikalgonorrhoe. WR +++. Zwölfte Aufnahme 20. VI. 12. Gonorrhoea urethrae. WR —. Dreizehnte Aufnahme 16. VI. 1913. Gonorrhoea urethrae. WR —.

4. M. D. Erste Aufnahme 1. V. 1915. Gonorrhoea urethrae. WR —. Zweite Aufnahme 19. VII. 1915. Gonorrhoe und Zervikalgonorrhoe. WR +++. 28. VII. 1915. WR —, 9 Tage später. 7. VIII. 1915. WR —, 10 Tage später.

Digitized by Google

5. E. A. Erste Aufnahme 19. VII. Gonorrhoea urethrae und Zervikalgonorrhoe. WR +++. 24. VII. WR +, 5 Tage später. 3. VIII. WR —, 10 Tage später, 9. VIII. WR —, 6 Tage später. Zweite Aufnahme 26. VIII. Gonorrhoea urethrae. WR —.

6. S. A. Aufnahme 17. VII. Gonorrhoe und Zystitis. WR ++. 24. VII. WR +, 7 Tage später. 3. VIII. WR —, 10 Tage später. 9. VIII. WR —, 6 Tage später.

Derartige Fälle, in denen die anfangs positive Wassermannsche Reaktion ohne irgend eine antiluetische Behandlung oft schon nach wenigen Tagen negativ ausfiel, haben wir 25mal beobachten können und zwar 12mal bei WR +++, 6mal bei WR ++, 7mal bei WR +. In nur 4 Fällen blieb die Reaktion bis zur Entlassung der Mädchen positiv. Auch hier ein Beispiel:

M. M. Erste Aufnahme 13. I. 1914 wegen Gonorrhoea urethrae et cervicis. Anamnestisch von Lues nichts zu eruieren. WR —. Klinisch nichts nachweisbar. Entlassen 9. III. 1914. Zweite Aufnahme 24. III. 1915. Gonorrhoe. Entlassen 10. IV. 1915. Dritte Aufnahme 6. V. 1915. Gonorrhoe WR —. Entlassen 7. VI. 1915. Vierte Aufnahme 22. VI. 1915. Gonorrhoe. WR +++. 14. 7. WR +++. Entlassen 17. VII. 1915. Fünfte Aufnahme 5. VIII. 1915. Gonorrhoe urethrae et cervicis. WR +++. Inunktions-Kur. 26. VIII. 17 Inunktionen. WR +++. 30 Inunktionen. WR +++. Entlassung 8. IX. 1915.

Also klinische Symptome nicht nachweisbar; Patientin war dauernd unter ärztlicher Beobachtung. Trotz der positiven Reaktion würde ich es nicht wagen, hier Syphilis anzunehmen und dementsprechend weitere antiluetische Kuren zu verordnen.

In den anderen Fällen von positiver Wassermannscher Reaktion bei Gonorrhoe hat eine Nachuntersuchung nicht stattgefunden. Besonders auffallend war, daß die Reaktion hauptsächlich bei Komplikationen der Gonorrhoe: Zervikalgonorrhoe, Parametritis, Zystitis, Erosionen der Zervix positiv ausfiel, später, wenn die Komplikationen behoben waren, wieder negativ wurde.

Außerdem wurde die Blutreaktion in 20 Fällen von Skabis angestellt.

In 5 Fällen war WR +++
„ 2 „ „ WR ++
„ 2 „ „ WR + } = 45 %
„ 11 „ „ WR — = 55 %.

In 6 Fällen waren die Mädchen kurz vorher (4—6 Wochen) wegen Gonorrhoe im Spital gewesen, damals fiel die WR — aus. Jetzt bei Skabies positiv; sie erhielten 2 Tage Naphtholsalbe. Fünf Mädchen kamen nach 3—5 Wochen wegen Gonorrhoe wieder: WR —.

Ferner hatte ein Patient mit Bubo WR +++, die nach Heilung negativ war.

Digitized by Google

Von der „inneren Abteilung“ des Katharinenhospitals werden mir noch folgende Fälle mitgeteilt:

1. B. F., 30 Jahre alt. Chronische Nephritis haemorrhag., Endokarditis, Polyarthritis. 20. I. 1915. WR +++. 23. I. 1915. WR +++. 13. III. 1915. WR +. Keine Anhaltspunkte für Lues. Die ersten beiden stark positiven Resultate wurden zur Zeit des schlechtesten Allgemeinbefindens (suburämische Zustände) erhalten, das dritte schwach positive (+) (fragliche — unspezifische? — Hemmung) in einer Zeit relativ guten Befindens ohne wesentliche urämische oder kardiale Störungen.

2. F. H., 20 Jahre alt. Nephritis subacuta. 7. VIII. WR +++. 14. VIII. WR —. Allgemeinbefinden zur Zeit der ersten und zweiten Untersuchung ungefähr gleich, keine urämischen Symptome. Keine Anhaltspunkte für Lues.

3. K. K., 25 Jahre alt. Typische perniziöse Anämie. Ätiologie: Anamnese ohne sicheren Anhaltspunkt, insbesondere keine für überstandene Lues sprechenden Angaben. 27. III. 1915. WR +++. 6. IV. 1915. WR —.

4. A. K., 56 Jahre alt. Diagnose (per autopsiam): Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel, besonders des linken. Arteriosklerose der basalen Hirngefäße. Kleine apoplektische Zyste im rechten Nucleus lentiformis (von leicht apoplektischem Insult vor 7 Jahren herrührend). Keine Anhaltspunkte für Lues. WR +++. (1 Tag ante exitum) zur Zeit schwerster Herzinsuffizienz mit Ödem, Zyanose, Dispnoe.

5. K. W., 37 Jahre alt. Gepäckarbeiter. Diagnose: Neurasthenie? Anamnese: keine sicheren Anhaltspunkte für Lues. Klagen über nächtliche Kopfschmerzen. Befund: Innere Organe ohne Besonderheiten. Rechts: Fragliche Vergrößerung der Kubitaldrüsen. Linker Achillesreflex meist nicht auslösbar, einmal schwache Zuckung zu erhalten. Die übrigen motorischen Reflexe sämtlich normal. 26. IX. WR im Blut +++. 2. X. WR im Blut —. 2. X. WR in Lumbalflüssigkeit (normaler Druck) —. Die somatischen Befunde zusammen mit dem ersten stark positiven „Wassermann“ im Blute hätten den Verdacht auf Lues latens oder beginnende Tabes gerechtfertigt. Der zweite negative Befund im Blut verbunden mit dem negativen Liquorbefund sprechen fast zwingend gegen eine solche Annahme.

Ferner ist in mehreren Fällen von Puerperium, in denen bestimmt keine Lues vorhanden war, die Wassermannsche Reaktion positiv ausgefallen, um nach 8—14 Tagen oder auch erst nach 4 Wochen negativ zu werden. Es ist dieses von sehr großer Wichtigkeit für das Ammenwesen.

Wie lange jedoch die positive Phase dauert, darüber läßt sich gar kein Anhaltspunkt geben. Sie kann ganz kurz, vielleicht nur für Stunden, positiv sein, sie kann aber auch für 4 Wochen und darüber hinaus bestehen.

Es wäre dringend erwünscht, weitere Pyodermien und auch sonstige Erkrankungen der Blutuntersuchung zu unterziehen, um Klarheit in dieses Gebiet zu bringen.

Jedenfalls bin ich mit Gutmann der Ansicht, daß es nicht angängig ist, auf Grund einer positiven Wassermannschen Reaktion allein den Patienten für luetisch zu halten und dementsprechend zu behandeln, wenn nicht sonstige Anhaltspunkte vorhanden sind.

Digitized by Google

Ich kann daher der Forderung nicht beipflichten, daß bei jedem Soldaten am Schlusse des Krieges die Wassermannsche Reaktion angestellt werden soll. Unsere braven Feldgrauen haben so viel durchgemacht, ihr Körper hat die größten Strapazen auszuhalten gehabt. Da glaube ich, daß es wohl Fälle geben dürfte, in denen die WR positiv ausfällt, ohne daß der Mann jemals Lues gehabt hat. Gewiß liegt es im Interesse der Menschheit, die Lueskranken vor ihrer Entlassung einer antiluetischen Kur zu unterziehen. Aber auf Grund einer positiven Reaktion allein halte ich den Mann nicht für luetisch.

Zusammenfassend:

Die Wassermannsche Serumreaktion ist kein spezifisches Diagnostikum für Lues. Die positive WR kommt zwar oft bei der syphilitischen Erkrankung in allen Stadien, besonders häufig im Sekundärstadium, vor und kann daher bisweilen als Symptom mit verwertet werden. Der negative Ausfall ist jedoch niemals ein Beweis dafür, daß die Lues erloschen ist. Desgleichen ist die positive Reaktion allein, ohne daß sonstige Anhaltspunkte für Lues bestehen, niemals als Syphilis aufzustellen, da sie auch bei allen möglichen anderen Krankheiten vorkommen kann, wie Lepra, Bleivergiftung, Ulcus molle, Bubo, Gonorrhoe mit Komplikationen, Skabies, Eklampsie, Malaria, Scharlach, in Narkose, bei perniziöser Anämie, Nephritis, Pemphigus, malignen Neubildungen usf.

Literatur.

Weiss, Eduard, Dissertation Würzburg: Wassermannsche Reaktion und maligne Neubildungen. — Gutmann, C., Über vorübergehende positive Wassermannsche Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea. Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, H. 3. — Beltmann, Einführung in die Dermatologie. 1914. — Schäffer, Therapie der Haut- und venerischen Erkrankungen. 1915. — Fuchs, Luesbehandlung und Wassermann. Derm. W., 1914, Bd. 59, Nr. 28. — Dreyer, A., Über Wassermannsche Reaktion bei Bleivergifteten. D. m. W., 1911, Nr. 17. — Blumenthal, Fr., Derm. Zschr., Bd. 17, H. 2. — Lesser, F., Derm. Zschr., Bd. 20, H. 3. — Hesse, Positive Wassermann-Reaktion bei Pemphigus. W. kl. W., 1915, Nr. 3. — Altmann, Die Serodiagnostik der Syphilis. Derm. Zschr., Bd. 19, H. 1. — Boas und Eicken, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, an Leichenblut angestellt. Hospitalstidende, 1913, Nr. 32.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

September 1915, Bd. 22, H. 9.

Beitrag zur Kenntnis der Resorzinvergiftung bei äußerer Applikation des Mittels, von J. Kyrle-Wien. Die Beobachtung betrifft ein zweijähriges Kind, bei welchem ein Herpes tonsurans an beiden Oberschenkeln vorlag, es wurden Umschläge

Digitized by Google

mit 10%iger Resorzinlösung und darüber als Abschluß nach außen Billrothbattist gegeben. Den ersten Tag vertrug sie das Kind, aber am Morgen des dritten Tages lag es in schwerster toxischer Agonie. Durch geschickt und sorgfältig ausgeführte Gegenmaßnahmen kam das Kind mit dem Leben davon. Bei Kindern solle man die Verwendung des Resorzins, selbst in relativ gering konzentrierten Lösungen oder Salben über größere Hautpartien unterlassen. (Die gleiche Vorsicht sollte bei allen Körpern der aromatischen Reihe geübt werden. D. R.)

Über die Hauterscheinungen bei Meningitis cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung des Herpes, von G. Scherber-Wien. Bei dem 17jährigen Mädchen traten die Veränderungen an Haut- und Schleimhäuten bereits in den ersten Tagen einer meningitischen Erkrankung auf. Von bullös-nekrotischem Charakter fanden sie sich am Eingang der Nase links, auf der gleichen Hälfte der Oberlippe auf dem Lippenrot, in der Mundhöhle, auf hartem und weichen Gaumen und auf den Oberkieferpartien. Weiter bestehen Effloreszenzen auf dem linken Handrücken, an den Lenden, der rechten Crista ossis ilei und an beiden Oberschenkeln.

Über die Sclerodermia circumscripta und ihre Beziehungen zum Lichen sclerosus, von Enzo Bizzozero. Auf Grund einer Kritik an drei ausführlich geschilderten eigenen Beobachtungen und der schon früher in der Literatur vermerkten Fälle kommt B. zu der Ansicht, daß es zwei Haupttypen gibt, von welchen die eine dem Lichen ruber planus und die andere der kartenblattähnlichen Sklerodermie nahesteht. Die erste geht aus Effloreszenzen hervor, die den Charakter des Lichen ruber planus besitzen (L. sclerosus). Zwischen dieser und der anderen besteht eine verbindende Gruppe, welche gleichzeitig die Merkmale des L. sclerosus und die der Sclerodermia circumscripta aufweist, vom Verfasser mit Sclerodermia lichenoides bezeichnet. Die übrigen Fälle, namentlich die eine Zeitlang als White spot disease bezeichneten, fallen unter die kartenblattähnliche Sklerodermie. Diese ist nach dem Verfasser nichts weiter als eine besondere Form der Sklerodermie, welche am besten mit Sclerodermia guttata bezeichnet werden sollte.

Fall von Hauttransplantation mit eigenartigem Resultat, von James Strandberg-Stockholm. Bei einer Patientin war vor 23 Jahren wegen eines Hautdefektes am Handrücken ein Stück Bauchhaut transplantiert worden. Als die Patientin korpulent wurde, nahm auch der Panniculus adiposus der Transplantation derartig zu, so daß er den Eindruck einer Fettgeschwulst machte.

Über Fettbauchbildung am Handrücken. (Eine Ergänzung zu der vorstehenden Arbeit von J. Strandberg), von Erich Hoffmann-Bonn. Es handelt sich hier um einen ganz gleichen Fall, nur wurde hier das gewucherte Fettgewebe chirurgisch entfernt und der Defekt mit Thierschschen Läppchen gedeckt. Der Erfolg war gut und dauerhaft.

Oktober 1915, Heft 10.

Zur Frage von der Länge der serologischen Latenzperioden bei Syphilis, von Johann Almkvist-Stockholm. Entgegen der Ansicht von Scholz und Riebes, daß man durch eine 1—2jährige Beobachtungszeit entscheiden kann, ob eine Lues ausgeheilt ist, berichtet Almkvist über Fälle, bei welchen sich mehrjährige Perioden von vollkommener Symptomlosigkeit und absolutem Negativismus der WR fanden.

Über die Wirkung der gelben Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack bei gleichzeitiger innerer Darreichung von Jodkalium (Tierversuche), von Georg Daneff-Rustschuk. Kalomel und Jodkalium dürfen nicht gleichzeitig angewendet werden. Dagegen kann die gelbe Quecksilberoxydsalbe oder eine andere quecksilberhaltige Salbe im Konjunktivalsack neben Jodkalium mit gewisser Vorsicht appliziert werden. Bei

Digitized by Google

Verwendung von 1%iger gelber Salbe und gleichzeitigem Jodkaliumgebrauch kann man Schädigungen des Auges vermeiden. Stärkere Konzentrationen sind mit größter Vorsicht anzuwenden oder ganz zu verwerfen. Vor jedem Gebrauch der gelben Salbe hat man sich von der Feinheit der Quecksilberoxydverteilung mit der Lupe oder dem Mikroskop zu überzeugen, da man sich sonst schwere Schädigungen des Auges zuschulden kommen lassen kann.

Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex („Akrosarkoma" Kaposi) mit Knochenaffektion, von C. Rasch-Kopenhagen. Die Affektion begann vor drei Jahren auf beiden Handrücken. Mehrere der Elemente sind teils spontan, teils unter Arsen verschwunden, jedoch sind ständig neue nachgekommen. Dann wurden Unterarme und Füße befallen. Seit einem Vierteljahre entwickelte sich eine Destruktion des 3. Mittelfußknochens links, entsprechend dem Kapitulum. Das Glied zwischen Kapitulum und Phalanx 1. war ebenfalls zerstört, 2. und 3. Phalanx waren nur in Resten vorhanden.

Negativer Spirochätenbefund in einem syphilitischen Schanker, verursacht durch professionelle Quecksilberresorption, von Svend Lomholt-Kopenhagen. Es handelt sich um einen Uhrmacher, welcher mit dem Instandsetzen von elektrischen Zählern beschäftigt war, und welcher dabei häufig mit Hg in Berührung kam.

H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 3.

Über das urtikarielle Ekzem, von A. Neisser-Breslau. Die Affektion setzt plötzlich ohne Vorboten mit einer starken Schwellung ein, welche von sofortigem stromweisem Nässen gefolgt ist. Die Dauer ist verschieden lang; im günstigen Falle 8—10 Tage, kann sich aber durch Nachschübe auch länger hinziehen. In der Nachbarschaft der mässenden Stellen sieht man oft eine klein-papulovesikulöse Eruption als Vorstadium des Nässens. Oft zeigt nur das Gesicht diese Form, während an anderen Körperstellen reine Ekzeme in verschiedenen Typen sich vorfinden. Den Abschluß des Prozesses, der gewöhnlich von Jucken begleitet ist, bildet immer eine mehr oder weniger reichliche Desquamation. Die Lokalisation betrifft meist das Gesicht, aber auch die Kopfhaut und das Skrotum. In einigen Fällen rezidivierte das Leiden und zwar immer in gleicher Form. Die Pausen zwischen den einzelnen Nachschüben waren ungemein wechselnd und dauerten zum Teile jahrelang. Als Ursache kamen Resorptionstoxine ex ingestis, einmal auch Salvarsan in Betracht. Als Therapie eignet sich extern Trockenbehandlung, intern Atropin und Ergotin.

Über die Wirkung und Resorption der verschiedenen Quecksilberpräparate, von Döhring-Königsberg. Der Verfasser beschäftigt sich zunächst mit einer Prüfung des Kontraluesins und kommt zu dem Resultat, daß dasselbe nur in mäßigem Grade auf alle Formen der Lues einwirkt. Es beeinflußt die WR in vier Wochen nur mäßig, erzeugt keine Herxheimer-Reaktion, ist aber fast frei von Nebenwirkungen. Untersuchungen, welche vorgenommen wurden, um die Spirochaeta pallida in syphilitischen Effloreszenzen abzutöten, ergaben, daß man bei einer Anwendung von Hg salic. die geringste, bei einer solchen von Kontraluesin die größte Hg-Menge brauchte. Bezüglich der Resorptionsgeschwindigkeit steht das Hg. salic. an erster Stelle, nahe kommt ihm das Kontraluesin, langsamer wird das Kalomel aufgenommen, und noch mehr Zeit braucht Merzinol.

Zur Kenntnis des Naevus anaemicus „Vörner", von H. Vörner-Leipzig. Die Arbeit beschäftigt sich damit, die Stellung der Affektion als Gefäßnävus nach neuen Erfahrungen zu begründen.

Digitized by Google

Über die Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner. (Klinische, histologische und pathogenetische Studien mit besonderer Berücksichtigung der milienartigen Gebilde und der elastischen Fasern), von Sakaguchi-Tokio. Von den bisherigen Fällen (179) wiesen mehr als die Hälfte eine hereditäre Belastung auf. Konsanquinität ergab sich in vier Fällen. Das Vorkommen bei Negern und Mongolen scheint ihre allgemeinere Verbreitung zu beweisen. Beide Geschlechter werden betroffen, das männliche häufiger als das weibliche. Die Affektion ist selten bereits bei der Geburt bemerkbar, am häufigsten in frühester Kindheit, seltener nach der Pubertät und im hohen Alter. Verschlimmerungen traten im Frühjahr, Sommer oder Herbst ein, mitunter in Begleitung von Hyperhidrose. Die Affektion ist in erster Linie durch das Entstehen der Blasen infolge mechanischer Reize charakterisiert. Andere, chemischer oder physikalischer Natur bleiben wirkungslos. Die Affektion ist mitunter über den ganzen Körper verbreitet, oft sind die Extremitäten bevorzugt, seltener Kopf und Gesicht, in einzelnen Fällen nur der Nacken, Hals, Rücken, die Streckseite der Extremitäten, der Unterschenkel, Fußrücken, die Hand- oder Fußfläche, einigemal auch die Schleimhaut. Bleibende Hautveränderungen, Atrophien, Narben, Pigmentierungen und Depigmentationen waren in allen Fällen mehr oder weniger ausgeprägt, daneben nicht selten milienartige Gebilde, Nageldystrophien und einmal Zahndeformationen. Bakteriologische Untersuchungen des Blaseninhaltes und damit angestellte Tierversuche waren stets ergebnislos. Blut- und Harnbefund ist normal. Der wichtigste histologische Befund an den Blasen ist ein Ödem in den oberen Kutisschichten, Emigration von zelligen Elementen, Gefäßdilatation und fast vollständiges Fehlen der durch das Ödem nach abwärts gedrängten elastischen Fasern in den oberen Schichten. Die milienartigen Gebilde entstehen durch Obstruktion der Follikelausgänge, namentlich der Schweißdrüsen. In einigen Fällen wird eine Besserung der Affektion mit zunehmendem Alter beobachtet. Interkurrente Krankheiten sind ohne Einfluß. Die Ursache der Blasenbildung läßt sich anatomisch nicht erweisen, so daß an eine funktionelle Minderwertigkeit zu denken ist. Therapeutisch ist bemerkenswert, daß Salvarsaninjektionen und Blutwaschungen vorübergehende Besserungen erzielen.

Über ein neues Jodpräparat „α-Joddihydroxypropan", von R. Lüders, Emmert und O. Better-Berlin. Das Präparat ist nicht bloß per os (0,2—0,7 g pro dosi), sondern vor allem auch leicht und mit prompter Wirkung zu injizieren. Sowohl diese als die perkutane Methode der Applikation in Form einer 10%igen Salbe ergeben eine rasche und ausgiebige Resorption des Mittels. Aus den klinischen Versuchen geht die bewährte Heilkraft des Jodes gegen die tertiäre Lues wieder hervor. Subjektiv haben die Patienten bei der Einreibung über Brennen und bei den subkutanen Injektionen über Schmerzhaftigkeit an den Applikationsstellen zu klagen, während die intramuskulären Injektionen fast schmerzlos sind. Für die Fälle mit manifesten Symptomen tägliche Injektionen mit 1 ccm gleich 1 g, steigt eventuell auf die doppelte Menge, um nach einsetzender Rückbildung weniger häufig zu injizieren. Das letztere Verhalten gilt auch für latente Lues.

Über die Tschernogubowsche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Ernst Nathan-Frankfurt a. M. Von einer Verwendung der Tschernogubowschen Methode allein ohne Kontrolle mittels der Wassermannschen Reaktion rät der Verfasser auf Grund seiner Resultate dringend ab.

Über Kerion Celsi, verursacht durch Microsporon Audouini, nebst Bemerkungen über die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten, von F. Lewandowsky-Hamburg. Im Gegensatz zur Beobachtung von Sabouraud, daß Mikrosporon nie Kerion erzeuge, macht Verfasser die Erfahrung, daß dieser Pilz ziemlich häufig in Hamburg die tumorartige Form der Trichophytie erzeugt. Die häufigsten Erreger von Dermatomykosen sind in Hamburg: das Trichophyton cerebriforme, das

Digitized by Google

Epidermophyton inquinale und das Microsporon Audouini. Seltener sind Trichophyton gypseum, faviforme und das Achorion Quinckeanum. Bei zugewanderten Patienten finden sich Trichophytum violaceum, rosaceum, vinosum und das Achorium Schönleinii.

H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, Nr. 11 und 12.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Dr. Hans Lieske-Leipzig. Erörterungen über Fassungen der in Betracht kommenden gesetzlichen Verordnungen, ihre Durchführbarkeit und Bedeutung. Verfasser kommt, wie auch andere, bezüglich seines Wunsches, einen vom Gesetz betriebenen Kampf gegen die gewissenlosen Verbreiter der Geschlechtskrankheiten verwirklicht zu sehen, zu einem negativen Endergebnis. H. Vörner-Leipzig.

The British Journal of Dermatology.

August 1915.

1. Mycetoma pedis, von H. C. Semon. Verfasser geht etwas näher auf den in der Mai-Sitzung der Royal Society vorgestellten indischen Soldaten ein. Das klinische Bild ist typisch: der rechte Fuß ist verdickt, die Haut dunkel verfärbt; es finden sich üppige Granulationen, zwischen denen Perforationsstellen liegen, aus denen sich Eiter mit den charakteristischen schwarzen Körnchen entleert. Bei mikroskopischer Betrachtung der Körnchen findet man im Zentrum eine dichte, schwarz pigmentierte Myzelmasse; das Pigment wird durch chemische Reagentien nicht beeinflußt. An dieses Zentrum schließen sich peripherwärts radiär verlaufende, verzweigte feine Myzelfäden. In der Kultur bildet sich in den frühen Stadien ein schwarzes Zentrum mit gelber oder weißer Peripherie; innerhalb von zehn Tagen breitet sich die Schwarzfärbung auch auf die Peripherie aus. Die Kultur wird bald pleomorph und verliert ihre Charakteristika.

Die Versuche, durch Injektion von filtrierten Kulturen eine lokale oder allgemeine Reaktion hervorzurufen, blieben negativ. Bemerkenswert war eine Reaktion auf Jodkalium. Dessen Verabreichung war sofort von einer Temperatursteigerung, von stärkerer Elevation der Granulationen, Rötung, Hitze der Umgebung, stärkerer Sekretion und stärkeren Schmerzen gefolgt. Diese Erscheinungen schwanden sofort bei Aussetzung des Mittels, um bei neuerlicher Verabreichung wieder zu erscheinen. Besserung wurde dadurch nicht erzielt. Auch Röntgenstrahlen können nur die Granulationen abflachen, ohne Heilung zu bringen. Die einzige Möglichkeit bleibt die Amputation, die der Kranke aber verweigert.

Histologisch findet sich das Bild eines Granuloms: Polynukleäre, Plasmazellen, junge Bindegewebszellen, Hypertrophie der Gefäße.

2. Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren, von W. H. Aldebton und H. M. Turnbull. 1. Schweißdrüsennävus. Der 67jährige Mann hat seit Geburt ein Mal an der rechten Wange, das seit einem Jahre erhabener wurde und seit zwei Monaten rapid wuchs. Es fand sich ein brauner, flacher, gelappter Tumor vor dem rechten Ohre; er war hart, etwas schmerzhaft und entleerte etwas Eiter. Der Knoten wurde exzidiert, die Wunde mit Röntgenstrahlen belichtet, worauf rasche Heilung eintrat. Mikroskopisch fand sich ein entzündetes Papillom; dieses wies einen intrapapillären Spalt auf, der gebildet war von einem verlängertem und dilatierten Schweißdrüsengang; von diesem zogen mehrere Gänge zu den Schweißdrüsen in der daruntergelegenen Kutis.

2. Melanokarzinom der Schweißdrüsen. Der 32jährige Mann bemerkte vor 18 Monaten eine kleine, flache, braune Warze am rechten Handgelenk; als sie

Digitized by Google

größer und schmerzhaft wurde, behandelte er sie mit Jodtinktur, wodurch er den Zustand verschlimmerte. In einer Ambulanz wurde er dann mit Pflastern und Röntgenstrahlen behandelt; es trat Besserung ein, aber als Patient die Arbeit wieder aufnahm, wurde der Knoten größer, blutete leicht. Bei der Aufnahme fand sich auf der Vorderseite des rechten Handgelenks eine schillinggroße, erhabene, rote Schwellung, mit rauher, ulzerierter, eiterabsondernder Oberfläche. In der Achselhöhle eine traubengroße, harte, empfindliche Drüse. Der Tumor wurde exzidiert, die Basis bestrahlt. Die Drüse in der Achsel ging anfangs zurück, aber nach drei Wochen fand sich eine faustgroße, derbe, fixierte Masse. Eine Operation war nicht möglich, der Kranke starb. Mikroskopisch fand sich ein Karzinom, das am ehesten einem Basalzellenkarzinom ähnlich sah; doch unterschied es sich von dessen charakteristischer Form durch die verschiedene Form und Größe der Zellen und ihrer Kerne, sowie durch die ausgesprochene Neigung zu diffuser Infiltration. Letzterer Umstand spricht für große Malignität. Der Charakter der Zellen und ihre Anordnung in Strängen und Schläuchen läßt die Annahme zu, daß der Krebs von den Schweißdrüsenzellen seinen Ursprung nahm, obwohl er nicht den typischen Schweißdrüsenkarzinomen entspricht. In einer Partie der Geschwulst fand sich eine große Gruppe von Zellen, die Melanin enthielten. Das Pigment gab keine Eisenreaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.

April 1915.

1. Resultate der Inokulation frischer Gewebe, homogener und heterogener, normaler und syphilitischer, auf Meerschweinchen, von Roberto Campana. Verfasser hat Partikelchen von Meerschweinchenorganen, sowie von syphilitischen Produkten auf Meerschweinchen subkutan verimpft. Die Inokulationen mit Syphilisvirus gingen nicht an. Dagegen hat Verfasser bei Tieren, denen subkutanes Gewebe oder Hodengewebe eingeimpft worden war, entsprechend den Lymphdrüsen im subkutanen Gewebe sowie im Peritoneum Knötchen gefunden. Die geschwollenen Drüsen enthielten intakte Stücke des verimpften Gewebes; ferner fanden sich endovasale und perivasale granulomatöse Wucherungen. In der Lunge fanden sich hämorrhagische Infiltration und ebenfalls Wucherungserscheinungen.

2. Syphilis des Herzens und der Lunge in den verschiedenen Stadien (erworbene und ererbte Syphilis), von Roberto Campana. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. Ausgedehnte epitheliomatoide Zerstörung der Haut der rechten Gesichtshälfte durch Endophlebitis obliterans und Neuritis des zweiten Trigeminusastes, von Paolo Stringher. Bei der Patientin traten vor zwölf Jahren an der rechten Wange eitrige Bläschen auf, die nach ihrer Entleerung stets wiederkamen. Sie wurde mit Radium behandelt, doch mußte sie die Kur plötzlich unterbrechen. In der Zwischenzeit behandelte sich die Kranke selbst durch Auflegen von Blättern, doch schritt der Prozeß weiter, und es trat Zerfall ein. Es fand sich bei ihr eine Zerstörung der rechten Wange, des Nasenloches und -septums, der Oberlippe und eines Teiles der Unterlippe. Der Destruktionsprozeß hat so tief gegriffen, daß die Mundhöhle eröffnet ist. Der Rand der Wunde trägt Granulationen, teils mit Eiter belegt.

4. Lupus nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am linken Beine und Fuße, von Vincenzo Trombatore. Das Leiden befiel vor 14 Jahren das Gesicht und verbreitete sich später auf die Beine. Die Haut des Gesichtes und des Ohres ist geschwollen, dunkelrot verfärbt, gespannt, glänzend, zeigt unregelmäßig-rundliche mit Krusten bedeckte Ulzerationen dazwischen Narben und schuppende Stellen. Die Nase ist durch Zerstörung des Septums eingesunken. Die Lippen sind geschwollen,

Digitized by Google

gerötet, schuppend, die übrige Mundschleimhaut ist normal. Auf der Außen- und Hinterseite des rechten Oberschenkels ein großer, livider, narbiger Herd, an dessen Peripherie sich stark elevierte, mit Krusten bedeckte, scheibenförmige Krankheitsherde befinden. Am rechten Unterschenkel kleine, runde, krustöse Herde. Der linke Unterschenkel ist geschwollen, gerötet, gespannt, mit Krusten bedeckt. Der linke Fuß ist fast in ganzer Ausdehnung von Herden mit höckriger, unregelmäßig vegetierender Oberfläche bedeckt. Diese konfluieren, so daß sich eine wuchernde, normal epithelisierte, nur stellenweise von eitrigen Erosionen unterbrochene Fläche darbietet.

5. Nephritis interstitialis et parenchymatosa bei Erbsyphilis, von L. Mochi. Die Kranke leidet seit fünf Jahren an Schwellung der Unterschenkel. Die Knochen der Unterschenkel und der Füße, besonders links, sind verdickt, die Gelenkbänder erschlafft. Die Haut ist verdickt, induriert, zyanotisch; sie zeigt linsengroße, rote, mit Schuppen und Krusten bedeckte Flecke und Knötchen. Am übrigen Körper blaßrote, nicht ganz auf Druck abblassende Flecke. Im Urin fand sich 1% Eiweiß, im Zentrifugat weiße und einige rote Blutkörperchen. Durch Quecksilberbehandlung Heilung der Nephritis in 20 Tagen. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose, von Georg Deycke-Lübeck in Handbuch der Tuberkulose von Brauer, Schröder und Blumenfeld. (Leipzig 1915, Joh. Ambros. Barth.) D. gibt in zusammenhängender kritischer Darstellung eine Gesamtübersicht der Frage. Wesentlich Neues enthält die Arbeit naturgemäß nicht. Es ist erklärlich, daß des Verfassers eigene Forschungen, insbesondere die Nastinfrage, ausführlich dargestellt sind. Daneben kommen aber auch die anderen Anschauungen zum Wort, so daß aus dem Referat der heutige wissenschaftliche Standpunkt bezüglich der Frage der Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose klar ersichtlich hervortritt.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Kosmetik, von E. Saalfeld. 4. Auflage. (Julius Springer, Berlin.) Saalfelds Kosmetik ist in vierter, vermehrter und verbesserter Auflage erschienen. Den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend sind eine Reihe neuerer kosmetischer Verfahren aufgenommen worden. Durch Fortlassen einiger praktisch weniger wichtiger Methoden war es trotzdem möglich, den Umfang des Buches nicht wesentlich zu vergrößern, so daß es sein Äußeres als „Leitfaden" nicht aufgegeben hat. Dem praktischen Arzte wird die „Kosmetik" auch in dieser Auflage eine willkommene Stütze sein; aber auch der Arzt von Fach vermag manche Anregung und Ergänzung seines therapeutischen Könnens aus dem Buche zu gewinnen. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Pericholangitis gummosa und Pneumonia syphilitica bei einem fast zweijährigen Kinde, von Dutsch. (Virch. Arch., Bd. 219, H. 2) In den meisten Beobachtungen über kongenitale Lungensyphilis handelte es sich um totgeborene oder bald nach der Geburt verstorbene Kinder; nur wenige hatten mehrere Monate gelebt. D. berichtet über einen Fall, in dem ein Alter von 22 Monaten erreicht wurde. In den Lungen

Digitized by Google

handelte es sich hauptsächlich um interstitielle Veränderungen. An den Alveolen fand sich vielfach hohes Epithel und kleines Lumen. In der Leber fanden sich sowohl Veränderungen der Glissonschen Bindegewebszüge als auch des Parenchyms; bei jenen bestand eine gummös-schwielige Erkrankung der Gallengangswandungen und ihrer Umgebung, bei diesen eine Stauungsatrophie im Zentrum der Leberläppchen.

E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von Lungensyphilis, welcher einer Lungentuberkulose täuschend ähnlich war, von G. D. Calver-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 4.) Ein 37jähriger Mann, der 16 Jahre vor der Aufnahme sich luetisch infiziert hatte, aber anscheinend genügend behandelt worden war, kam mit einem seit sieben Monaten bestehenden Husten, katarrhalischen Erscheinungen an beiden Lungenspitzen und sonstigen Zeichen der Tuberkulose zur Behandlung. Es fanden sich syphilitische Prozesse an der Zunge, Gummabildungen und mehrere syphilitische Narben der Haut. Eine energische antisyphilitische Therapie mit Neosalvarsan, Hg und Jodkalium bewirkte prompte Beseitigung aller auf Tuberkulose hindeutenden Symptome, wenn auch die Syphilis als solche noch nicht als definitiv geheilt zu betrachten ist. A. Philippi-Salzschlirf.

Die syphilitischen Erkrankungen der Bauch- und der Zirkulationsorgane (besonders der Leber und Aorta) und ihr Einfluß auf die Felddienstfähigkeit, von G. Hoppe-Seyler-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 48.) Von den chronischen Infektionskrankheiten bewirken besonders Syphilis und Tuberkulose schwere Veränderungen an den inneren Organen, welche die Felddienstfähigkeit herabsetzen; während aber die von der Tuberkulose bedingten Organschädigungen meist die Lungen betreffen, können von der Syphilis alle Organe in Mitleidenschaft gezogen werden. In der vorliegenden Arbeit sieht der Verfasser von syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ab und beginnt mit einer Besprechung der Lebersyphilis; hier ist das klinische Bild außerordentlich vielgestaltig und differential-diagnostisch oft sehr schwierig, so daß die spezifische Therapie sehr häufig erst spät eingeleitet wird. Der in vielen Fällen schon im zweiten Stadium auftretende Ikterus kann sehr harmlos sein und — bisweilen sogar ohne Therapie — gutartig und schnell verschwinden, ähnlich wie ein einfacher Ikterus catarrhalis; es kann aber bei längerer Dauer sich das Bild einer hypertrophischen Leberzirrhose entwickeln und gelegentlich auch das einer Perihepatitis mit sehr schmerzhaften Gallensteinkoliken, so daß operative Eingriffe notwendig werden. Wenn die Bindegewebsneubildungen in der Leber, zu denen die Syphilis mit Vorliebe führt, sich nicht nur in der Umgebung der Gallengänge entwickeln (cholangische Leberzirrhose), sondern zellreiches Bindegewebe sich ganz diffus zwischen den Leberzellenbalken ausbildet, so kommt eine hypertrophische Zirrhose oft ohne Ikterus zustande, zu der sich *eventuell* bedeutende Milzschwellung und auch Anämie gesellen und die das Bild der Pseudoleukämie bieten kann. Besteht neben indurierter etwas verkleinerter und höckriger Leber noch Milztumor, Aszites und Anämie, d. h. der Bantische Symptomenkomplex, so ist auch häufig die Syphilis als ätiologisches Moment aufzufassen und durch spezifische Behandlung Besserung zu erzielen; auch die typische Laënnecsche Zirrhose kommt bei Syphilis vor, ebenso wie indurierte Fettleber mit körniger Oberfläche, wenn auch besonders bei Fällen ersterer Art wohl der Alkoholismus mit wirken mag. Höchst bizarre Formen bietet die gelappte Leber, bei der das Lebergewebe durch tiefe Narbenzüge, die aus geschrumpftem, gummösem Gewebe bestehen, eingekerbt und in Lappen zerlegt wird; massenhafte Entwicklung von Gummata der Leber führt zur rapiden Vergrößerung, und die Differentialdiagnose mit malignen Tumoren kann oft nur durch die Laparotomie und Probeexzision gestellt werden. Ähnlich können peritoneale Verwachsungen infolge syphilitischer Perihepatitis zur Verwechslung mit Karzinom führen. Endlich kennen

Digitized by Google

wir Fälle von Pylephlebitis und Peripylephlebitis auf syphilitischer Grundlage, die zu Stauung im Pfortadersystem mit Aszites und meist kleiner, weicher Leber führen. Begünstigt wird das Entstehen dieser vielgestaltigen Lebererkrankungen auf syphilitischer Grundlage und ungünstig beeinflußt durch andere Schädlichkeiten wie: Infektionen (Kolibazillen), Intoxikationen (Alkohol), unzweckmäßige Nahrung (Magen-Darmkatarrh) und durch die Aufnahme von Zersetzungs- und Fäulnisprodukten aus dem Darm (besonders infolge Ernährung mit rohen oder schlecht gekochten Vegetabilien, verdorbenen Fleischspeisen) und durch unregelmäßige Zufuhr von Nahrung, d. h. den Wechsel von Überfluß und Mangel an Speisen und Getränken. Diese prädisponierenden und zu einer Verschlimmerung führenden Momente kommen im Felde besonders oft vor, doch hat der Verfasser die Überzeugung, daß bei rechtzeitigem Erkennen der Natur der Krankheit und dementsprechend eingerichteten, diätetischen und therapeutischen Maßnahmen den Soldaten die volle Leistungsfähigkeit erhalten, respektiv wiedergegeben werden kann. Er empfiehlt steigende Dosen von Jodkalium (dreimal täglich 0,5—2,0 g) und energische Hg-Therapie. Mit Salvarsan muß man bei Fällen mit Fieber und Ikterus vorsichtig sein, sonst werden Dosen von 0,2 Salvarsan intravenös einmal wöchentlich gut vertragen und haben oft sehr gute Erfolge; natürlich muß die Diät ebenfalls geregelt werden. Syphilitische Pankreaserkrankungen führen zum Diabetes mellitus; derselbe kann aber bei rechtzeitig eingeleiteter spezifischer Therapie geheilt werden; je nach dem Umfange der Zerstörung kommen von der alimentären Glykosurie bis zum schweren Diabetes alle Stadien vor. Ähnlich wie beim Pankreas liegen die Verhältnisse bei den Nieren; auch hier hängt die Schwere der Erkrankung von dem Umfange der Schädigungen ab, welche das Organ betroffen haben, und ebenso auch die Aussicht auf Besserungen respektive Heilungen. Nach Meinung des Verfassers setzen syphilitische Erkrankungen der Nieren oder des Pankreas die Dienstfähigkeit wesentlich herab, außer wenn es gelingen sollte, durch sehr rechtzeitig eingeleitete Therapie Heilung zu erzielen. Noch weniger günstig sind die Chancen für Dienstfähigkeit bei syphilitischen Erkrankungen des Gefäßsystems; hier müssen neben den Arzneimitteln — unter denen Salvarsan nur mit größter Vorsicht zu verwenden ist — und neben der Alkohol- und Nikotinabstinenz auch meist alle anstrengenden, körperlichen Bewegungen: Laufen, Springen und andere vermieden werden, was mit dem Dienst unvereinbar ist. Dabei ist es im wesentlichen gleichgültig, ob die Erkrankung die Koronararterien betroffen hat, ob es eine Myokarditis oder eine Mesaortitis oder Aneurysmabildung ist. Es muß aber die Betrachtung der unendlich vielen Schädigungen, welche durch die Syphilis an den inneren Organen hervorgerufen werden können, ein neuer Ansporn sein, die Seuche von Anfang an mit aller Energie zu behandeln, um prophylaktisch für die späteren Jahre zu wirken.

O. Lasch-Breslau.

Herzsyphilis; Bericht über einen einschlägigen Fall, von G. R. Callender-Fort Bayard. (Am. J. m. Sc., November 1914.) Verfasser gibt im Abriß die Krankengeschichte und den Sektionsbefund bei einem unter den Erscheinungen der Lungentuberkulose, Herzbeschwerden, Venenthrombose und chronischer Nephritis zugrunde gegangenen Kranken, wobei als direkte Todesursache Lungenembolie und ein hämorrhagischer Lungeninfarkt zu konstatieren waren. Die mikroskopische Untersuchung der Herzmuskulatur ergab im allgemeinen die von anderen Autoren berichteten Veränderungen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über syphilitische Myokarditis, von Rosenfeld. (D. m. W., 1914, Nr. 21.) R. bespricht an der Hand eines selbst beobachteten Falles von akutem Herztod, der zur Sektion kam, die verschiedenen Veränderungen, die durch Syphilis am Herzmuskel gesetzt werden können und hauptsächlich zu Myocarditis fibrosa oder gummosa führen.

Digitized by Google

Die Diagnose einer syphilitischen Herzerkrankung, deren Anzeichen äußerst vielgestaltig sein können, ist schwer zu stellen, muß jedoch bei sonst vorhandenen Beweisen einer Infektion (WR!) stets in Erwägung gezogen werden, da eine vorbeugende Behandlung (Salvarsan nur mit großer Vorsicht!) von großer Bedeutung für eine Heilung und auch zur Sicherung der Diagnose werden kann. S. Levy-Hamburg.

Gummöse Herzsyphilis. Ein kasuistischer Bericht, von Francis Harbitz. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben, 1914, Nr. 11.) Ein 38jähriger Mann, der sich mit 23 Jahren mit Syphilis infizierte, erkrankte ziemlich plötzlich und starb nach viertägiger Krankheit bei zunehmender Dyspnoë und Zyanose und beschleunigtem Puls. Bei der Obduktion fand man ein vergrößertes Herz, unter anderem ein größeres Infiltrat an der Vorderseite des Herzens und besonders längs der Aorta und Vena cava superior, sowie eine totale Obliteration der Vena cava superior im Umfang von etwa 1 cm. — Vena azygos, hemiazygos, anonyma und jugularis interna waren stark erweitert und zwar ganz besonders die Vena azygos gerade an ihrer Einmündung in die Vena cava superior, wo auch in der Wand einige kleine, gelblichweiße Infiltrate vorhanden waren. Schließlich befand sich an der Rückseite des linken oberen Lungenlappens in der Pleura und etwas über das Lungengewebe hin etwa in der Größe eines Zweimarkstücks ein gelbliches Infiltrat desselben Aussehens und Baues wie die Knoten im Herzen zeigten. — Mikroskopisch fand man die charakteristische Struktur syphilitischen Granulationsgewebes mit Nekrosen und zudem einzelne Riesenzellen (Gummata), — teilweise sehr Tuberkulose ähnelnd; daneben auch in ausgesprochener Weise eine luetische Endarteriitis in den kleinen Zweigen der Arteria coronaria cordis. Der Verfasser hebt die Seltenheit einer echten gummösen Myokarditis hervor; am Institut ist früher ein etwas unsicherer Fall von Hj. Heiberg beschrieben worden (1873); dagegen hat E. Winge schon 1863 genau den Fall einer Reihe von Gummata in dem Myokardium eines 39jährigen Mannes beschrieben, der 15 Jahre früher Syphilis bekommen hatte. Ferner wird die Ähnlichkeit zwischen dem syphilitischen und dem tuberkulösen Granulationsgewebe hervorgehoben, während doch gleichzeitig auf die Verschiedenartigkeit in Einzelheiten und dem ganzen Bau hingewiesen wird, wodurch man — unter Berücksichtigung aller Umstände und falls die Untersuchungen von erfahrenen Leuten vorgenommen werden — stets in der Lage sein wird, gerade aus dem mikroskopischen Befund Nutzen zu ziehen und oft durch denselben die Entscheidungen in der Diagnose zu treffen.

W. Holland-Kristiania.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Sommerhautkrankheiten im Felde, von Edmund Saalfeld-Berlin. (M. Kl., 1915, Nr. 28.) Saalfeld gibt einige praktische Winke für die Behandlung von Dermatosen, die besonders im Sommer auftreten und durch die von ihnen hervorgerufenen lästigen, subjektiven Erscheinungen (Juckgefühl, usw.) geeignet sind, die Felddienstfähigkeit der Truppen ungünstig zu beeinflussen. In erster Reihe nennt er die Dermatitis solaris, die bei besonders empfindlichen Individuen durch Blasenbildung auf der unbedeckten Haut oder Ödeme der Augenlider usw. sehr störend auf das Allgemeinbefinden der Befallenen wirken kann; er empfiehlt prophylaktisch Einreibungen mit 5% Chininsalbe (Chinin. bisulf., Terra di Siena aa 2,5, Zinkmattan ad 50,0). Zum Schutze der Hände dienen Handschuh von brauner Farbe, welche die violetten und ultravioletten Strahlen nicht durchlassen. Eine zweite Gruppe von Erkrankungen wird durch über-

Digitized by Google

mäßiges Schwitzen hervorgerufen. Über den „Schweißfuß“ geht Saalfeld wegen der bereits darüber existierenden großen Literatur hinweg. Sonstige Prädilektionsstellen, an denen die Hyperhidrosis zu lästigen Erscheinungen führen kann, sind die Inguinal-, Femoral- und Analgegend und die Achselhöhlen; hier kommt es oft zu einer juckenden Dermatitis und infolge der Kratzeffekte zur Furunkelbildung. Prophylaktisch: Einreibungen mit Essigwasser (1 : 2), schwachen Formalinlösungen (2% in schwachen alkoholischen Lösungen), Einpudern mit 10% Tannoform (formalinhaltige Puder reizen oft die Luftwege und die Augen), oder Einfetten mit Vestosal (einer 2% Formalinsalbe). Ist trotz solcher Maßnahmen eine Hautentzündung eingetreten, so müssen die entzündeten Stellen mit Öl oder essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser (nicht Wasser und Seife) gereinigt und dann gepudert werden (acid. boric. pulv., Magnes. carbon. āā 10,0; Talc. venet. ad 100,0.) Da eine rationelle Hautpflege mit Bädern usw. im Felde — selbst im Stellungskriege — wohl ein frommer Wunsch bleiben wird, und die Infektionsmöglichkeiten (speziell mit Staphylokokken) ungeheuer zahlreich sind, so ist das Entstehen von furunkulösen und impetiginösen Prozessen kaum zu vermeiden. Für die Furunkelbehandlung empfiehlt Saalfeld folgendes: Eröffnen des Furunkels mittels eines feinen Brenners (Galvano- oder Thermokautor nach Unna). Dann Hineinspritzen in die Öffnung von 2—5 Teilstrichen einer Pravazspritze in das Zentrum mit Chlumskyscher Lösung (Camphor 2, acid. carbolic. cristall. 1), was besonders das Spannungsgefühl herabsetzt; dann mit dem Bierschen Saugglas saugen, wobei die Umgebung durch Alkohol oder heißes Wasser mit grüner Seife vor dem sich entleerenden Eiter geschützt wird. Als Verbandsalbe und auch als Prophylaktikum gegen die Weiterverbreitung hat sich die Wassermannsche Histopinsalbe bewährt. Bei ausgedehnter und hartnäckiger Furunkulose Hefe- oder Vakzinebehandlung (Obsonogen). Oberlippenfurunkel gehören sofort ins Lazarett. Eine weitere Gelegenheit zur Entstehung von Furunkeln bilden die durch juckende Dermatosen — Skabies, Pedikulosis — hervorgerufenen Kratzeffekte, ebenso wie aufgekratzte durch Insektenstiche hervorgerufene Quaddeln. Hier ist die Prophylaxe noch wesentlich schwerer; es kommen in Frage gegen die Insekten: Rauchen, Räucherkerzchen und Moskitonetze. Gegen den Juckreiz haben sich empirisch Nelkenöl, Salmiakgeist und Menthol bewährt. Für letzteres in Form von Pudern, Salben und Ölen gibt Saalfeld eine Anzahl von Verordnungen. Ist eine solche Dermatitis auch an sich kein schweres Leiden, so kann sie doch durch die starken, subjektiven Beschwerden, besonders gestörten Schlaf, zu einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führen.

O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Hr. Priv.-Doz. Dr. E. Klausner-Prag macht zum Nachtrage des Hrn. Dr. Knack „Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen“ (Derm. Wochenschr., Nr. 46) noch folgende Bemerkung: „Auch Knacks Fall II ist eine Röntgenalopezie, denn laut Originalarbeit (Nr. 34, S. 813) wurde am 5. V. die Röntgenaufnahme gemacht, und am 25. V. bemerkte der Kranke, daß ihm auf der linken Kopfseite die Haare ausfielen. Dii bene non vertent.“

Das stellv. Generalkommando des II. Armeekorps (Stettin) hat folgende Verordnung erlassen: „1. Nichtärzte, welche geschlechtskranke Personen behandeln, werden mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft. 2. Jede Person, die geschlechtskrank ist und sich trotzdem dem außerehelichen Geschlechtsverkehre hingibt, obwohl sie weiß, daß sie ge-

Digitized by Google

schlechtskrank ist, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft. 3. Jede Person, die sich als geschlechtskrank erweist, hat zu dulden, daß sie in einem öffentlichen Krankenhause untergebracht wird." Noch weitergehende Anordnungen zur Bekämpfung der Medikasterei im allgemeinen sind von den Generalkommandos des XXI. (Saarbrücken) und des XVI. Armeekorps (Metz) erlassen worden. Sie untersagen die öffentliche Ankündigung und Anpreisung sämtlicher Heil-, Vorbeugungs- und Kräftigungsmittel, ohne daß es dabei auf die Form des Inserats oder die Art des Mittels ankäme. Nur Ankündigungen in ärztlichen und pharmazeutischen Blättern sind ausgenommen.

Die Annales des Maladies Vénériennes haben aus ihrer Mitarbeiterliste die Namen Finger, Jadassohn, Lesser, Neisser und Riehl gestrichen; dafür sind einige Fachvertreter aus neutralen Ländern romanischer Zunge neu hinzugekommen.

In Minneapolis, Minn. wurde eine Dermatologische Gesellschaft (Minnesota Dermatological Society) begründet, welche ihre Sitzungen dortselbst und in St. Paul, Minn. abhalten wird.

Nach einer von Prof. William A. Pusey in Chicago vor der dortigen medizinischen Gesellschaft gemachten Mitteilung befinden sich zurzeit etwa 500 Leprakranke in den Vereinigten Staaten von Nordamerika; davon entfallen 275 auf Louisiana, 100 auf New York, 50 auf die Grenzgebiete gegen Mexiko und 5 auf Chicago.

Dr. French S. Cary wurde zum Assistant Professor der Urologie am College of Medicine der University of Illinois in Urbana, Ill. ernannt.

Prof. agrégé Gougerot in Paris hat für seine dermatologischen Arbeiten den Prix Roussilhe im Betrage von 10000 fr. von der Académie de Médecine erhalten.

Prof. Karl Adrian-Straßburg, Chefarzt des Festungslazaretts III in Straßburg, erhielt den Charakter als Oberstabsarzt.

Prof. Georg Arndt-Berlin steht bei einer Kriegslazarettabteilung im Osten im Felde.

Priv.-Doz. Dr. Franz von Veress-Klausenburg ist als Regimentsarzt in einem mobilen Reservespital tätig.

Priv.-Doz. Dr. Leopold Arzt-Wien fungiert als Leiter des bakteriologischen Feldlaboratoriums der Hilfsexpedition des Österr.-Ungar. Roten Kreuzes für Bulgarien.

Prof. Karl Bruck, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Altona, hat das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

Der Urologe Geh. San.-Rat Prof. Wolrad Marc in Bad Wildungen ist gestorben.

Dr. Georg Grübler, der ideenreiche Begründer der Leipziger Farbstoffirma, ist in Dresden gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Dezember 1915 | Nr. 51 | Band 61

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Über Lupus follicularis disseminatus.

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

(Mit 3 Abbildungen.)

Über die erste, mir untergekommene Beobachtung jener eigenartigen Knötchenaussaat, für welche die klinischen und geweblichen Wesenszüge des „disseminated follicular Lupus“ (T. Fox) restlos zutrafen, habe ich in der Festschrift Kaposi (1900) berichtet. Zu jener Zeit war das von Fox (1878) in den Hauptmerkmalen festgehaltene Krankheitsbild nur in sehr vereinzelten Notizen zu weiterer Kenntnis gelangt und drohte demselben überdies bei dem neu angefachten Interesse für die in den Vordergrund gestellte Gruppe der Tuberkulide teils eine Auflösung der klinischen Umgrenzung, teils eine bedenkliche Verschiebung der ätiologischen Deutung. In der Tat hat sich in der Folge gezeigt, daß namentlich die von Barthélemy definierte Aknitis und manche Formen der akneiformen Tuberkulide reichlich das ihrige beitrugen, um den Rahmen des Lupus miliaris disseminatus faciei ungebührlich zu erweitern und andererseits der Klasse der Tuberkulide Eruptionen zuzuweisen, welche bei genauerer Betrachtung, nach Lokalisation und Struktur der knötchenförmigen, tuberkulösen Gesichtsaussaat angehören.

In der angeführten Studie über die „Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose“ habe ich gleichwie für eine größere Reihe disseminierter, den Körper übersäender Ausbrüche, auch für den Typus der Foxschen Krankheit die bazilläre Abstammung vertreten und diese Annahme mit hinreichenden Anhaltspunkten belegt. Daß die klinisch und anatomisch genauer bestimmte und überdies noch in einer gesonderten Überschrift betonte Beobachtung späterhin keinerlei Beachtung fand und nicht einmal in den zusammenfassenden Übersichten angeführt erscheint, finde ich nur zu begreiflich. War doch die Mitteilung an der der Vergessenheit geweihten Stätte einer Festschrift vor jeder Nachforschung sicher geborgen.

Digitized by Google

Eine kurze Notiz in den Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft berücksichtigt dann einen zweiten von mir verfolgten, durch den Verbreitungsmodus eigenartigen Fall der miliären Aussaat, deren Trägerin ich im Jahre 1905 (7. Juni) zu demonstrieren Gelegenheit fand. Die längere Beobachtung und genaue klinische wie experimentelle Untersuchung einer besonders prägnanten, dem klassischen Bild in allen Einzelheiten entsprechenden Form des immerhin noch selteneren Krankheitsprozesses gibt mir die Veranlassung, auch auf diese ältere Kasuistik zurückzukommen.

1. Im ersten Falle handelte es sich um eine 35jährige Frau, die wegen eines seit anderthalb Jahren bestehenden Gesichtsausschlages die Abteilung aufsuchte, nachdem verschiedene Heilversuche die entstellenden Effloreszenzen nicht zu beseitigen vermochten. Die anfangs ausschließlich an der Stirn sitzenden, über hanfkorngroßen Knötchen sollen allmählich bis Erbsengröße gediehen sein und in unregelmäßiger Ausstreuung auf weiter Stirn- und Gesichtspartien ohne nennenswerte Begleiterscheinungen schubweise übergegriffen haben. Eitrige Einschmelzung, Zerfall oder Krustenbildung soll nie eingetreten sein. Spirituöse Einreibungen bewirkten nur vorübergehende Abschilferung der Knötchenkuppen.

Die bei flüchtiger Betrachtung akneähnliche Aussaat setzte sich aus unregelmäßig und nicht zu dicht eingestreuten, schrotkorn- bis erbsengroßen bräunlichgelben und braunroten, deutlich vorspringenden, dem Ansehen nach derb erscheinenden Knötchen zusammen und hatten in dichtesten Schüben an der Stirn, an der Haargrenze und am Nasenrücken ihren Standort. Mehr zerstreut breiteten sie sich auf die angrenzenden Schläfen und Wangenteile aus. Die stets einzeln und in anscheinend völlig normale Umgebung eingelassenen Knötchen fühlten sich weich an und waren teils von einer völlig glatten, glänzenden, dünnen, mit einer Sonde leicht durchtrennbaren Epitheldecke überkleidet; teils wiesen sie im fokalen Anteil einen festhaftenden Schuppenbelag auf. Bei Glasdruck ließ sich eine weingelbe zentrale Zone nicht verdrängen. Das weiche Plasmom der Knötchen war aus dem tiefreichenden Kutislager mit dem scharfen Löffel leicht aushebbar. Eine starke Seborrhoe der Kopfhaut mit Defluvium, sowie chronischer Lungenspitzenkatarrh ergänzten den Befund. Herdreaktion erst mit 5 mg AT zu erzielen. Die gründliche Auslöffelung aller Knötchenbestände mit nachfolgender Verschorfung der scharfumschriebenen tieferen Aushebungsstellen schien den Prozeß zum Ausgleich zu bringen. Nach drei Monaten meldet sich jedoch die Kranke mit einem ziemlich reichlichen Nachschub. An der Grenze vieler ausgeheilter Effloreszenzen waren neue, bis hanfkorngroße Knötchen aufgeschossen, insgesamt mit den gleichen Charakteren des vorangegangenen Ausbruchs. Energische Exkochleation und tiefe Glüheisenverschorfung scheinen dann die definitive Heilung herbeigeführt zu haben.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten Serienschnitte verschieden großer Knötchen in Sitz, Struktur und zellulärer Anordnung ein vollkommen übereinstimmendes Verhalten. Die hauptsächlich in die subpapillare Kutiszone eingelagerten Plasmome weisen die scharf umschriebene, von verdichteten kollagenen Bündelzügen umsponnene Knötchenform auf. In den Zellkomplexen, namentlich in dem zentralen Anteil derselben, ist das bindegewebige Gerüst größtenteils verschwunden oder auseinandergedrängt, die elastischen Fasern nur mehr an den marginalen Anteilen als fragmentierte Reiser erhalten. Der Kern wird von einer

Digitized by Google

homogenen, kaum färbbaren, nekrotischen Masse bestritten, um welche sich hauptsächlich aus Epitheloidzellen gebildete Schichten gruppieren. Zwischen radiär gestellte Epitheloidzellkolonnen schieben sich reichlich Rundzellschwärme ein, die von hier aus bis gegen den homogenisierten Fokus vordringen. An dem Randteil der Knötchen bilden kompaktere Rundzellverbände einen dichteren Mantel. In der epitheloiden Schalenschicht, wie auch in dem lymphoiden Zellmantel sind zahlreiche, von randständigen Kernen besetzte Riesenzellen vom Langhansschen Typus eingestreut, deren einzelne bis zu 20 längsovale, dicht aneinandergereihte, saumständige Kerne führen. Die niedrigen, von Rundzellzügen durchsetzten Papillen, welche die Knötchen überdachen, werden von einer schmalen Oberhautlage überschichtet, stellenweise sind die Retezapfen zu beträchtlicher Verlängerung geraten. Über einzelnen Knötchen treten von der Hornschicht aus gegen das tiefere Epithel vordringende miliumähnliche Zellknäuel auf. Zahlreiche, auf Tuberkelbazillen durchmusterte Schnittreihen ließen keine säurefesten Stäbchen auffinden.

2. Der zweite mir zu Gesicht gekommene Fall betraf gleichfalls eine Frau, die im 44. Lebensjahre stand und zwei Jahre hindurch wegen eines Geschwürprozesses der rechten Nasenhälfte in rhinologischer Behandlung gestanden hatte. Im Anschluß an diesen Zustand soll in verhältnismäßig kurzer Zeit, vor drei Monaten, eine das Gesicht, den Nasenrücken und die Nasenflügel übersäender, seither unverändert fortbestehender Ausschlag aufgetreten sein. Aus der Krankengeschichte wäre anzuführen, daß die Patientin in der Kindheit wiederholt an Augenentzündungen und Schwellung der Halslymphdrüsen litt, mit 19 Jahren eine linksseitige Brustfellentzündung (achtwöchiger Spitalsaufenthalt) durchmachte und durch eine Reihe von Jahren schon vor dem Auftreten des Nasenübels an verschiedenen Spitalstationen mit chronischem Bronchialkatarrh in Behandlung stand.

Bei der Demonstration (W. Derm. Ges. 7./6. 1905) konnte ich auf einen distinkten Knötchenausbruch hinweisen, der in ziemlich dichter Einstreuung vom Nasenrücken aus sich auf die Wangen ausbreitete und mit zerstreuten Elementen auf die Stirne und das linke obere Augenlid übergriff. Die Knötchen waren hanf- bis kleinerbsengroß, deutlich kugelig über das Niveau erhaben, einzelnstehend und von reaktionsloser Haut umgeben. Ihre Farbe wich zum Teil nur durch etwas dunklere gelbliche Töne von der normalen Nachbarschaft ab, teils waren sie rotbraun verfärbt, an der Oberfläche glatt glänzend, nirgends suppurierend. Bei Glasdruck blieben braungelbliche Stellen bestehen. Der Schleimhautbelag der rechten unteren Nasenapertur war von einem tiefreichenden, vielfach zerfallenen, zerklüfteten und von Ulzerationen durchsetzten lupösen Infiltrat eingenommen. Auf 2 mg AT heftige Allgemeinreaktion, stärkere Sukkulenz und Halonierung der Knötchen.

Drei, verschiedenen Standorten entnommene Knötchen zeigten in den durchmusterten Schnittfolgen einen typischen Tuberkelbau. Bei Lupenbetrachtung ist der Sitz der scharf abgehobenen, fast kugelrunden Infiltrate zwischen mittlerer Papillarschicht und Pars reticul. cutis eingelagert zu entnehmen. Ihrem Baue nach weisen sie lymphozitoide Mantelzonen, nach innen zu ohne schärfere Abgrenzung geschichtete, von Lymphozyten und polymorphkernigen Leukozyten durchsetzte Epitheloidzellwälle auf, die sich konzentrisch um einen zentralen, homogenen, nekrotischen Kern gruppieren. Reichliche, vielkernige Riesenzellen, Rudimente des zerstörten kollagenen und elastischen Gerüstes, sowie eine Verdichtung der

Digitized by Google

umgrenzenden Bindegewebsfasern ergänzen den Befund. Tuberkelbazillen in Schnittreihen sind weder in Stäbchen-, noch in Körnchenform nachzuweisen. Auch die Ausstriche zerquetschter Knötchen weisen nur so spärliche Fragmente säurefester Gebilde auf, daß es nicht möglich ist, diese als Tuberkelbazillen anzusprechen.

3. Im Anschluß sei das Krankheitsbild wiedergegeben, auf welches sich die Illustrationen 1 und 2 beziehen.

Fig. 1.

Das Exanthem trat bei einem 24jährigen Arbeiter in Erscheinung, der wegen des entstellenden Zustandes April 1914 meine Abteilung aufsuchte. Ohne besondere belastende Familienanamnese weiß der Kranke nur so viel anzugeben, daß er vor Jahren zu wiederholten Malen mit Schwellung der Lymphdrüsen des Halses in kassenärztlicher Behandlung stand. Im Anschluß an eine ähnliche Entzündung linksseitiger Unterkieferdrüsen soll es zur Vereiterung eines Knotens nahe dem Kinn, Durchbruch nach außen und Geschwürsbildung der Haut gekommen sein, welch letztere erst nach mehrmonatlichem Bestande zur Benarbung gelangte. Diese Veränderungen kamen etwa drei Monate vor dem Auftreten des Ausschlages zur Ausheilung. Der zur Zeit der Vorstellung seit vier Monaten bestehende Gesichtsausbruch soll zunächst am dichtesten in der Umgebung der Narbe aufgetreten sein.

Digitized by Google

Es übersäen, wie die Figuren zeigen, in unregelmäßiger Einstreuung hirsekorn-, schrot- und erbsengroße, kugelig vorgewölbte, stets einzelnstehende, stellenweise aber zu Gruppen zusammenstehende Knötchen, die verschiedensten Gesichtspartien, mit besonders dichter Anordnung im Bereiche des Kinns. An der Moulage sieht man die Mitbeteiligung der Stirn und Augenlider. Die Knötchen boten trotz ihrer gelblichen und braunroten Verfärbung eine eigenartige Transparenz und über der dünnen, gespannten Decke Glanz. Einzelne Effloreszenzen, zerstreute und in Herden angeordnete, sind bei ihrer blassen, grauweißen Farbe Milien nicht unähnlich. Allen Blüten eigen ist die sulzig weiche Beschaffenheit, die sich auch durch das leichte Einsenken des aufgedrückten Sonden-

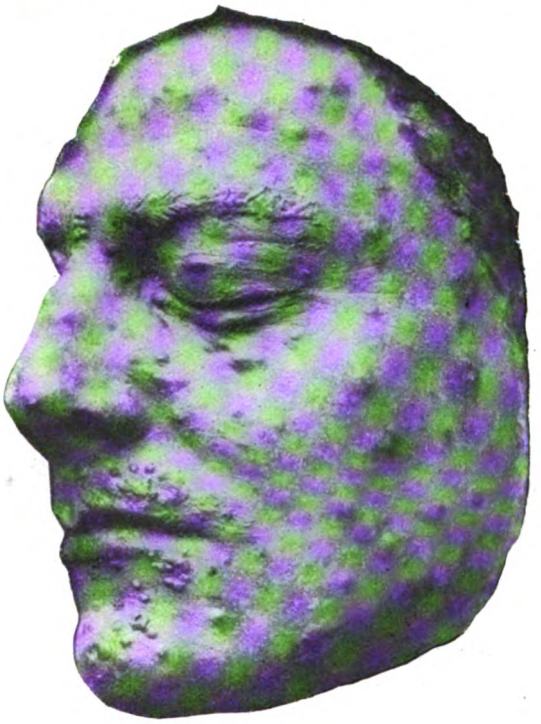


Fig. 2.

knopfes ins blutende Gewebe erweisen läßt. Die Knötchen waren allerorten in blasses, von anderweitigen Veränderungen freies Hautgewebe eingebettet. Eine stärkere Seborrhoe der Kopfhaut hatte zu einer frühen Lichtung des Kapillitiums geführt. Am Halse multiple, bis kirschengroße Lymphome, am Kinn links die an der Moulage sichtbare, über kronenstückgroße, violett verfärbte Skophulodermanarbe. Die Lungen normal. Auf 4 mg AT Temp. 38,9 und deutliches Herderythem im Bereiche der Wangen-, Kinn- und Stirnknötchen. Der nachträglich noch an der Abteilung Prof. Ehrmann zur Aufnahme gelangte Patient wurde von Dr. Lier in der derm. Gesellschaft vorgestellt.

Aus der linken Wange entfernte einzelne Knötchen wurden zur Hälfte der histologischen Untersuchung unterzogen, zur Hälfte als Brei gegen die gequetschten Inguinaldrüsen zweier Meerschweinchen verimpft. Bei einem Tiere waren nach 14 Tagen deutlich palpable Lymphknötchen nach-

Digitized by Google

zuweisen, welche bei der sechs Wochen später durchgeführten Nekropsie deutliche Tuberkelstruktur und Verkäsung aufwiesen. Bei dem anderen Tiere waren bei einer viermonatlichen Betrachtung keinerlei Veränderungen aufgetreten und konnte auch die Untersuchung der Organe keinerlei Anhaltspunkte für tuberkulöse Einlagerungen aufdecken. Was den anatomischen Bau der Herde betrifft, so zeigten sowohl die jüngeren, hirsekorngroßen, als auch die als länger bestehend bezeichneten lentikulären Effloreszenzen eine schon bei Betrachtung der Schnitte mit freiem Auge deutlich wahrnehmbare, scharf umschriebene, leicht ovale Gestalt mit verdichteten Umsäumungszonen und aufgehelltem, durchscheinendem, zentralem Anteil. Der distinkte, scharf umrandete Knötchenbau trat noch schärfer bei der Durchmusterung der Schnittreihen zutage. Die Effloreszenzen entsprechen hauptsächlich aus Epitheloid- und Riesenzellen ge-

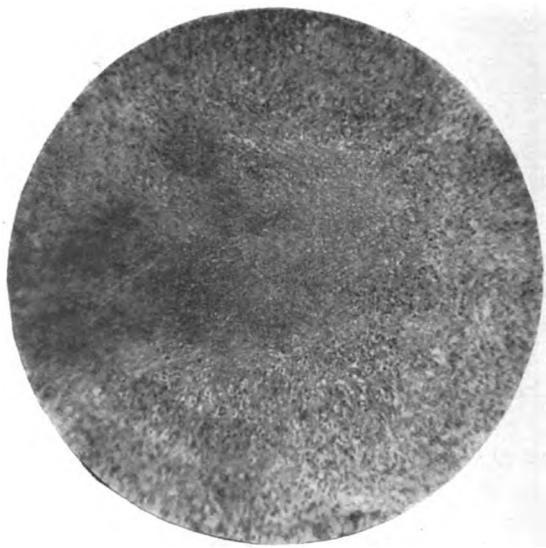


Fig. 3.

bildeten großen Komplexen, die sich um einen zentralen, verkästen Herd gruppieren. Reaktive Veränderungen der Umgebung in Form von Lymphozytenschwärmen sind nur sehr mäßig angedeutet. Die miliaren Knötchen mit allen Eigenschaften des Tuberkels ausgestattet, substituieren an ihrem Standort den Papillarkörper und die Cutis propria. Sie reichen bis zu dem abgeflachten Epithelsaum in deutlicher Abgrenzung hinauf und sondern sich durch breitere Kollagenbündel von der retikulierten Schicht ab. An dem völlig homogenen, kaum tingibeln Fokus sind einzelne Rundzellen eingedrungen. Hier und da durchsetzen gelapptkernige Leukozyten die aus Lymphoidzellen gewebten Mantelzonen. In diesen, mehr dem Kern zu als auch in den peripheren Zellverbänden, sind vielkernige, typische Langhanssche Riesenzellen in großer Zahl anzutreffen. Eine engere Beziehung der Infiltrate zu den Follikeln ist nicht festzustellen. Die Gefäße im Bereiche der Knötchen sind in den Zellkomplexen aufgegangen.

Digitized by Google

Im nekrotischen Zentrum konzentrisch angeordnete, elastische Fibrillenreste könnten auf den Sitz subpapillärer Gefäßschlingen hinweisen. Nachzutragen wäre noch, daß der im klinischen Bilde ausgedrückten papulösen Form der Effloreszenzen eine deutliche Vorbauchung der Epitheldecke entspricht. Tuberkelbazillen oder Muchsche Granula waren weder in zahlreichen Schnitten, noch im Ausstrich zerquetschter Knötchen aufzufinden.

Die beigegebene Mikrophotographie 3 entspricht dem homogenisierten Zentrum eines Knötchens und zeigt die um den nekrotischen Fokus gruppierte Ansammlung von Epitheloidzellen. Riesenzellen und randständig eingestreute Lymphozyten sind bei der Partialeinstellung und mäßiger Vergrößerung kaum zu entnehmen.

Allen Fällen gemeinsam ist die rasche Reife, der in wenigen Schüben zur Aussaat gelangenden Knötcheneinstreuungen, welche stets auf das Gesicht beschränkt zu bleiben pflegen. Weiterhin die mangelnde Tendenz der meist von glatter, glänzender Decke überkleideten, braunroten, weichen, sulzigtransparenten Herde zu Konfluenz, Pustulation und Zerfall. Bei diesen genügend scharfen Merkmalen, die im übrigen bei den meisten der als typisch ausgewiesenen Beobachtungen wiederkehren, wird eine Verwechslung mit Aknitis und akneiformen Tuberkuliden um so schwerer unterlaufen, als letztere hauptsächlich auch an den Extremitätenstreckflächen ihren Standort haben und ihre Blüten der regressiven Metamorphose in Form der zentralen Vereiterung oder fokalen Nekrose ausgesetzt sind. Als unzulänglich kann sich die klinische Differenzierung erst erweisen, wenn Aknitis und Folliklisschübe mit einer gewissen Akuität zur Entwicklung gelangen, das Gesicht bevorzugen und der Zerfall der Effloreszenzen kaum angedeutet erscheint. Hier wird der histologische Befund das entscheidende Wort zu reden haben. Die von mancher Seite in die Differentialdiagnostik einbezogenen Fälle des disseminierten postexanthematischen Lupus des Kindesalters, sowie die Kleinknötchenform des Boeckschen benignen Sarkoids weisen in der Anordnung, Verteilung, Farbe, Konsistenz der Elemente und dem Entwicklungsgang des ganzen Krankheitsbildes, dem disseminierten Gesichtslupus gegenüber so weitreichende Unterschiede auf, daß sie selbst bei der klinischen Sonderung kaum ernstlich in Frage kommen dürften.

Hingegen lehrt die Erfahrung, daß eine so alltägliche Erkrankung wie die vulgäre Akne, mitunter Formen annehmen kann, die in mehrfacher Beziehung an den disseminierten Gesichtslupus erinnern. Es wird dieser Beziehung ja vielfach in der Nomenklatur Rechnung getragen, wenn auch die Bezeichnungen „Akne-Lupus“ (Hutchinson), Adenoid-Akne (R. Crocker), Lupus acnéique (Besnier), als nicht sehr glücklich gewählt, zu keiner weiteren Einbürgerung gelangten. Daß die Lupusähnlichkeit atypischer Akneausbrüche gelegentlich auch noch im histologischen

Digitized by Google

Befund Stützen findet, konnte ich an einem in der W. Derm. Ges. demonstrierten Fall (Verh. 3. Mai 1911, Arch. f. Derm., Bd. 109, S. 222) beleuchten. Die bei einem 21jährigen Mädchen die Wangen, Stirn, Kinn in dichten Aussaaten bedeckenden, allerdings stellenweise zu Gruppen zusammentretenden, weichen, rotblauen Knötchenbestände waren als sulzige Masse auszulöffeln und boten in einzelnen Exemplaren tuberkelähnliche Struktur mit einem Gehalt von Riesenzellen, der jenen einfach entzündlicher perifollikulärer Infiltrate weit übertraf. Daß für die Anreihung an die Acne teleangiectodes keine genügende Berechtigung vorlag, ging aus dem negativen Keimbefund, dem Ausbleiben der Tuberkulinreaktion und dem Fehlen irgendwelcher Hinweise auf anderweitige spezifische Begleitläsionen hervor. Vollends mußte ich aber die Vermutung aufgeben, als in der Folge in gehäuften Attacken aufschießende typische Akneblüten das Krankheitsbild beherrschten. Fälle, welche von Haus aus mit stärkerer entzündlicher Reaktion einhergehen, an den Zentren der Effloreszenzen Pustulation aufweisen und überdies einen streng follikulären Sitz darbieten, werden kaum diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Für ihre pyogene Abstammung liefert das klinische Aussehen eindeutige Handhaben.

Für die spezifisch tuberkulöse Natur der skizzierten Beobachtungen, gleichwie für eine große Reihe der unter der Marke des disseminierten Lupus-Fox publizierten Fälle sprach schon das simultane Erscheinen der Eruptionen mit zweifellosen tuberkulösen Veränderungen. So hatte die erste Kranke eine seit Jahren bestehende Spitzeninfiltration. Im zweiten Falle trat die Knötchenaussaat zu einem exulzerierten Schleimhautlupus der Nase hinzu. Beim dritten Patienten wieder bestanden typische Lymphome des Halses und trat die Aussaat der Knötchen in der Umgebung eines vor nicht zu langer Zeit zur Ausheilung gelangten Skrophuloderma der linken Kinnseite in Erscheinung.

Als von höherer Beweiskraft zu veranschlagen wäre das Ergebnis der Gewebsuntersuchung. Die kleineren und größeren Effloreszenzen zeigten in allen Fällen ausnahmslos den charakteristischen Tuberkelbau mit der Bildung scharf umschriebener, von verdichteten Bindegewebszügen umgrenzter, fast kugeliger Infiltrate mit einer Verlagerung, vielmehr Konsumption des Papillarkörpers und der oberen Kutislage. Den Infiltraten dienten mehr oder weniger verdichtete reaktive Lymphozytenwälle, von welchen losgelöste Schwärme bis in die fokalen Anteile zu verfolgen waren, als äußere Mantelzone. Sie umschließen konzentrisch und radiär formierte Lymphoidzellkomplexe, die einen homogenen, verkästen Fokus von ziemlich großer Ausdehnung umgeben. In allen Schichten bis zum nekrotischen Zentrum zahlreiche Langhanssche Riesenzellen mit randständig geordneten reichhaltigen Kernsäumen. Spärliche Einstreuung gelapptkerniger Leukozyten, nirgends An-

Digitized by Google

zeichen von eitrigem Zerfall. Obwohl es nun zur Genüge geläufig ist, daß die Hauttexturen, gleich den inneren Organen auf die Masseninvasion der Tuberkelbazillen oft genug mit ganz uncharakteristischen Granulationswucherungen reagieren und der tuberkuloide Bau mit der reichlichen Einstreuung von Riesen- und Epitheloidzellen nicht zu selten auch im Gewebssubstrat anderer Infektionskrankheiten wiederkehrt, so muß doch daran festgehalten werden, daß der sich immer wiederholende typische, von intensiveren exsudativen Veränderungen freie Tuberkelbau in erster Linie auf die Mitwirkung, wenn auch spärlicher oder in ihrer Virulenz herabgesetzter Tuberkelbazillen zu beziehen ist. Dies gilt um so mehr, wenn die im klinischen Bilde sich gleichartig präsentierenden Effloreszenzen auch im anatomischen Substrat das gleiche Verhalten aufweisen.

Alle Zweifel über die ätiologische Stellung des Prozesses zu beseitigen geeignet erscheint das Ergebnis der biologischen Prüfung. In den drei Fällen waren mit Alttuberkulin typische Herdreaktionen zu erzielen, die allerdings erst nach Einverleibung größerer Tuberkulinmengen (2—5 mg) zu erzielen waren. Das an den Effloreszenzen aufgetretene örtliche Reizphänomen erhärtet ihre Spezifität und ergänzt die Kriterien, welche die Klinik und der Gewebsbefund geliefert haben. Der Bazillennachweis in den Gewebsprodukten konnte nicht erbracht werden. Das Tierexperiment hatte nur im dritten Falle positives Ergebnis. Der in den Schnitten nur ausnahmsweise erbrachte Mikrobeneinschluß (Finger, Arndt, Schlasberg) spricht für die ausgesprochene Keimarmut der Aussaaten, die ja auch für die nur ausnahmsweise gelingende Tierinfektion mit Berechtigung geltend gemacht werden kann. Schon im klinischen Verlauf, dem langen reaktionslosen Bestand der Effloreszenzen, ihrer Fähigkeit zu spontaner Rückbildung und der isoliert bleibenden Lokalisation, sind genügende Hinweise für die nicht zu reichliche Bazilleneinschleppung gegeben, wofür, wie schon erwähnt, die Art der Gewebsreaktion eine weitere Bestätigung liefert. Hält man an diesen Charakteren fest, so muß die Zugehörigkeit mancher in der Literatur hier untergebrachten Beobachtung mehr als zweifelhaft erscheinen. Vorzüglich gibt dies für zerstreut am Stamm und den Extremitäten auftretende, als besonders bazillenreich und leicht inokulabel beschriebene Exantheme des Kindesalters, welche nach der Beschreibung mehr als miliäre Hautmetastasen schwerer Allgemeintuberkulose gelten können.

Andererseits lehrt die Übersicht des etwa 40 Beobachtungen umfassenden, literarisch verwerteten und demonstrierten Materials, daß dem miliären Gesichtslupus auch Fälle zugewiesen werden, für deren tuberkulöse Ätiologie weder im klinisch-morphologischen Bilde, noch im Ergebnis der biologischen Untersuchung hinreichende Beweise zur Verfügung stehen. Auszuscheiden wären natürlich alle Fälle, welche nur nach dem klinischen Aussehen

Digitized by Google

beurteilt werden. Aber auch die an der Hand des anatomischen Befundes als Übergangsformen gedeuteten Varianten erfahren keine voll befriedigende nosologische Bestimmung.

Was die Acne teleangiectodes betrifft, so muß ihre Identität mit dem Lupus miliaris disseminatus (Fox) heute als unbestreitbar bewiesen anerkannt werden, hiermit auch die spezifisch tuberkulöse Abstammung des von Kaposi zum erstenmal schärfer umrissenen Krankheitsbildes. Wenn immer wieder Beobachtungen zur Beleuchtung der Sonderstellung des Prozesses im Sinne einer vom Formenkreis der Hauttuberkulose abseits gelegenen Läsionsform herangezogen werden, so hängt dies damit zusammen, daß Kaposi auch Follikulitiden des Gesichts dem Begriff der Acne teleangiectodes untergeordnet hatte, die der klassischen Form histologisch keineswegs entsprechen und demnach auch mit dem Typus des Lupus follicularis Fox nicht indentifiziert werden können. Solche anatomisch und pathogenetisch differente Knötchenausbrüche werden vielleicht einmal als Granulome sui generis, neben dem Lupus follicularis disseminatus, d. h. der Acne teleangiectodes specifica und der Acnitis Barthélemy, eine genauere, die Verwechslung ausschließende Definition erfahren.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Behandlung von syphilitischen Herzläsionen auf Grund von Untersuchungen an 300 Fällen, von H. Brocks und J. Carroll-New York. (J. Am. m. Assoc., 24. Oktober 1914.) Entgegen älteren Darstellungen ist die Beteiligung des Herzens bei der Lues durchaus nicht an die Spätstadien allein gebunden, obwohl von der vorliegenden Serie 277 Fälle sich erst im Tertiärstadium zur Behandlung ihrer Herzbeschwerden einfanden. Abgesehen von der Gummabildung des Tertiärstadiums ist die wesentlichste Läsion die entzündliche Beteiligung der Herzmuskulatur in der Umgebung der Arterien. Obschon diese Vorgänge durchaus nicht leicht zu nehmen sind, ist die Prognose keineswegs so ganz infaust, wie von mancher Seite dargestellt worden ist, und in der vorliegenden Serie sind immerhin 116 Kranke zu einer wirklichen Heilung oder jedenfalls zu einer dauernden Beseitigung ihrer Symptome gelangt. Bei der Behandlung wurde durchaus nicht exklusiv verfahren. Bemerkenswert ist, daß ausgiebig Salvarsan angewandt wurde; die Resultate bei 75 damit behandelten Kranken zeigen, daß namentlich im Sekundärstadium die Herzaffektionen in sehr befriedigender Weise darauf reagieren. Allerdings empfehlen Verfasser, auch die Weiterbehandlung mit Quecksilber und Jod dabei nicht zu unterlassen. Das Neosalvarsan erschien ihnen für solche Fälle weniger leistungsfähig. Als Gegenindikation gegen die Salvarsandarreichung wird eine etwaige ausgesprochene Arythmie der Herzaktion hervorgehoben. Neben der spezifischen Behandlung soll die symptomatische Therapie der Herzaffektion entsprechend durchgeführt werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Die syphilitische Aortenerkrankung, von HART. (Zsch. f. ärztl. Fortb., 1915, Nr. 2.) Während die Arteriosklerose die Bauchaorta bevorzugt, befällt die Syphilis die Brustaorta. Aber gerade bei Aortensyphilis findet man auch die allerschwersten Fälle von Atherosklerose, durch die das Bild der Aortitis luetica fast ganz verdeckt werden kann. Hier leistet die WASSERMANNsche Reaktion gute Dienste. Die wichtigsten sekundären Veränderungen bestehen in der Entwicklung von Aneurysmen und Insuffizienzen der Aortenklappen. Mikroskopisch stellt sich die Aortitis luetica dar als eine Erkrankung aller drei Wandschichten, ein spezifischer Charakter kommt nur dem in Adventitia und Media sich abspielenden Prozeß zu. Die Zerstörung der elastischen Lamellen in letzterer und die Bildung mit Narbengewebe ausgefüllter Lücken ist die wichtigste Erscheinung, daher auch vielfach die ganze Erkrankung als Mesaortitis bezeichnet wird. Was die Häufigkeit anbelangt, fand H. auf die letzten fünf Jahre berechnet, einen Prozentsatz von 6,7% seiner Sektionen. Die klinische Diagnose hat ihre Hauptstütze in der WASSERMANNschen Reaktion. Wie Tabes und Paralyse ist auch die Aortitis eine spätsyphilitische Affektion. Die Zeit nach der Infektion wird von DENEKE auf durchschnittlich 20 Jahre berechnet. Die antisyphilitische Behandlung kann nur bei sehr frühzeitiger Diagnose Erfolg versprechen. Sie muß auf jeden Fall äußerst energisch sein. Über Salvarsan gehen die Ansichten auseinander. W. Haas-Hamburg.

Über „Pseudotabes hypophysacea", von G. KAHLMETER. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 9.) Verfasser berichtet über das von OPPENHEIM neulich hervorgehobene Verhältnis, daß Hypophysengeschwülste in sehr hohem Grade Tabes bzw. Paralyse simulieren können, und beschreibt zwei eigene Fälle, wo nur die Röntgenuntersuchung die richtige Diagnose ermöglichte. Im Anschluß an die beiden Fälle erörtert er die Theorien über den Wegfall der Patellarreflexe sowie über die Entstehung der psychischen Symptome bei Gehirntumoren im allgemeinen und im besonderen die Erklärung der tabiformen Symptome bei Hypophysengeschwülsten. W. Holland-Kristiania.

Über Aortitis fibrosa und zerebrospinale Syphilis, von N. C. BORBERG. (Bibliotek for Laeger, 1915, H. 7.) Der Verfasser zieht folgende Schlüsse: Aortasklerose wurde klinisch zehnmal häufiger bei Patienten mit (über fünf Jahre) alter Lues als bei anderen gefunden. Sie ist bei Individuen unter 50 Jahren, die nicht Febris rheumatica gehabt und die nicht erhöhten Blutdruck aufweisen, beinahe immer syphilitischer Natur. Aortasklerose konnte pathologisch-anatomisch bei $^3/_4$, stethoskopisch bei $^1/_4$ von allen Syphilitikern, inklusive Paralytikern, Tabetikern und anderen nachgewiesen werden. Sie wurde am häufigsten bei Tabes gefunden. Aortitis ist eins der besten Stigmata luetica. Man darf annehmen, daß Degeneration des Nervus depressor dieselbe Rolle für die Aortitis luetica spielt, wie Erkrankung anderer sensitiver Nerven für die „tabetischen" Arthropathien. W. Holland-Kristiania.

Chronische Thyreoiditis und abortives Myxödem bei einem Syphilitiker, progressive Paralyse vortäuschend, von DE MASSARY. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Bei einem 45jährigen Manne trat plötzlich eine deutliche Abnahme der Geisteskräfte ein; da er alter Syphilitiker war, mußte an Paralyse gedacht werden. Nebenbei zeigte er einige Zeichen von Myxödem und weiche Hypertrophie der Schilddrüse; als deshalb eine Schilddrüsentherpie eingeleitet wurde, verschwanden die psychischen Symptome rapid. Wegen eines Ausbruches von Syphiliden wurde auch Quecksilber gegeben; nunmehr verschwanden alle Erscheinungen, inklusive der Schilddrüsenschwellung. Es lag also eine syphilitische Thyreoiditis vor. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Cholesteringehalt der Plazenta, von E. COVA. (Folia gynaecologica, Bd. 9, Nr. 3.) Die Plazenta von syphilitischen Schwangeren enthält mehr Cholesterin als diejenige gesunder Schwangerer. M. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Ein Fall von Syphilis mit Primäraffektion in der Vagina, von Ludv. Nielsen-Kjöbenhavn. (Hospitalstidende, 1914, Nr. 52.) Bei einem 29jährigen Dienstmädchen mit sekundärer Syphilis saß die Primärsklerose an der vorderen Wand der Vagina, links, 3 cm unterhalb der Anheftung der Vagina am Gebärmutterhalse. Ausgesprochene und gut abgrenzbare Induration. Bei Dunkelfeldbeleuchtung fanden sich zahlreiche Spirochäten.

W. Holland-Kristiania.

Ulcus gummosum vaginae et vulvae, von Carl Bollog-Basel. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 34.) B. beobachtete ein Ulcus vulvae, das, obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ war, ex juvantibus als luetisch erkannt wurde. Der Verfasser empfiehlt in allen ähnlichen Fällen die Quecksilber- und Jodbehandlung zu versuchen, da sie nie schaden und nur nützen kann. Salvarsan dagegen zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, hält er für unzulässig, da seiner Meinung nach das Risiko einer Salvarsanbehandlung nicht im Verhältnis zur Schwere eines Vaginalgummas steht.

H. Boehme-Leipzig.

Die Ätiologie des Hydrocephalus congenitus, von Fragola. (Morgagni, 28. September 1914.) Durch die Wassermannsche Reaktion kann in Fällen, wo nichts auf Syphilis hinweist, die erbsyphilitische Natur eines Hydrozephalus dargetan werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Der syphilitische Kopfschmerz, von T. Hnátek. (D. m. W., 1915, Nr. 3.) Die Diagnose der syphilitischen Natur der Cephalalgie ist manchmal sehr schwer zu stellen. Es muß sorgfältig geachtet werden auf Gehirnerscheinungen, Schwindel, Abnahme der Intelligenz, Gedächtnisschwäche, Ohnmachtsanfälle und Krämpfe, Erbrechen, Stauungspapille, Lähmungen von Gehirnnerven und vorwiegend auf Polydipsie und Polyurie, die fast in einem Drittel der Fälle vorhanden sind. Die syphilitischen Gehirnsymptome haben manchmal einen sehr kurzen und veränderlichen Verlauf. Man muß auch an eine neurasthenische oder toxische Natur der Cephalalgie denken, die durch eine Behandlung mit Hg und Jod heraufbeschworen und vorbereitet werden kann.

E. Brinitzer-Altona.

Klinische Erfahrungen über Syphilis des zentralen Nervensystems, von Jarl Hagelstam. (Finska Läkaresellskapets Handlingar, April 1915.) Nach einer allgemein gehaltenen Übersicht sämtlicher Fälle von syphilogenen Nervenkrankheiten, welche während der siebenjährigen Periode 1907—1913 im Marienkrankenhause aufgenommen wurden, teilt der Verfasser eine Kasuistik derjenigen Fälle von zerebrospinaler Lues und Paralyse mit, welche im Verlaufe der letzten zwei Jahre Aufnahme gefunden haben. Die einzelnen Fälle werden vorwiegend mit Rücksicht auf die Diagnose und Therapie erörtert, wobei unter anderem den Nonneschen Reaktionen besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ohne den großen diagnostischen Wert dieser Reaktionen zu leugnen, hebt Verfasser eine Anzahl Fälle hervor, in denen die Diagnose trotz negativer Reaktion positiv gestellt werden mußte. Die bemerkenswertesten unter diesen Fällen waren folgende: 1. 25jähriger Mann war mit schweren Zerebralsymptomen erkrankt. Lues wird in Abrede gestellt und sämtliche Reaktionen fallen negativ aus. Bei indifferenter Behandlung Verschlimmerung, unter Hg-Behandlung rasche Genesung. 2. Ein 27jähriges Weib war unter Erscheinungen einer basalen Enzephalomeningitis heftig erkrankt. Klare Lumbalflüssigkeit, sämtliche Reaktionen außer der Pleozytose, welche 20 Zellen im Kubikmillimeter zeigt, negativ. Lues wird geleugnet. Unter Einfluß der Schmierkur rasche Genesung. Was die Therapie anlangt, hat H. überhaupt mit einer energischen und prolongierten Schmierkur im Verein mit Jodkalium die besten Resultate erzielt; in einigen Fällen aber hat Verfasser auch z. B. Lähmungen, die von der Schmierkur nicht beeinflußt worden waren, unter Salvarsanbehandlung sich rasch bessern sehen. In bezug

Digitized by Google

auf das Salvarsan mahnt H. zur größten Vorsicht und erwähnt einige unangenehme Erfahrungen, unter anderem einen Todesfall, verursacht durch blutigen Zerfall eines nicht diagnostizierten Tumors (Gumma?) des Frontallappens. (Autoreferat.)

W. Holland-Kristiania.

Die intensive Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems durch intravenöse Neosalvarsaninjektion und Quecksilberschmierkur, von I. W. Stephenson-New York. (M. Record, 1914, Nr. 18.) Klinisch-serologischer Beitrag.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Die Affektionen der Meningen im Verlaufe der Syphilis, von Desneux, Dujardin und O. Weill. (Ann. et Bull. soc. roy. Bruxelles, 70. Jahrg., Nr. 9.) Groß angelegte, zu kurzem Referate nicht geeignete Monographie über die syphilitischen Meningitiden. Im ersten Kapitel werden die Affektionen in der Frühperiode der Syphilis, im zweiten die der Spätperiode einschließlich der sogenannten Parasyphilis besprochen. Ihre Ausführungen fassen die Verfasser in folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Meningen werden in der frühesten Sekundärperiode von Spirochäten überschwemmt; meist aber werden sie teils durch die Abwehrstoffe des Körpers, teils durch therapeutische Maßnahmen von ihnen wieder befreit. In manchen Fällen nisten sich die Spirochäten aber trotz der Schutzstoffe in der Tiefe des Gewebes ein. Diesen Befunden entsprechend kann sich schon sehr früh in der Sekundärperiode eine akute Meningealaffektion einstellen; dasselbe erfolgt bei unzureichender Behandlung (Neurorezidive). Meist aber bleibt diese sekundäre Meningitis latent und tritt erst spät in schleichender Weise in Erscheinung, teils als echte Syphilis des Zentralnervensystems, teils als Tabes oder Paralyse.

R. Frühwald-Leipzig.

Die syphilitischen Meningitiden, von H. Roger. (Morgagni, 25. Juli 1914.) Allgemeine, zu kurzem Referate nicht geeignete Besprechung der syphilitischen Erkrankungen der Hirnhäute. Verfasser unterscheidet vier Formen: 1. klinisch manifeste Meningitiden, 2. latente Meningitiden, die nur durch Laboratoriumsuntersuchungen (Eiweißvermehrung, Lymphozytose usw.) erkannt werden können, 3. parasyphilitische Meningitiden, die Erkrankungen der Hirnhäute bei Tabes und Paralyse, 4. therapeutische Meningorezidive (Neurorezidive).

R. Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Meningitisformen, von Nobécourt-Paris. (Monde méd., 25. Mai 1914.) Die akuten und chronischen durch Lues bedingten Entzündungen können die zerebralen und spinalen Meningen für sich oder gleichzeitig befallen. Der akute Typ tritt vor allem in der sekundären, der chronische in der tertiären Periode auf. Die M. gummosa in verschieden zahlreichen und ausgedehnten Herden führt oft zu Adhärenzen zwischen Meningen, Substanz und Knochen. Die M. sclerosa ist häufig die Folge der ersteren und die Ursache der Pachymeningitis. Im allgemeinen neigt der akute Typ zur Ausbreitung, der chronische zur Beschränkung. Außer der Erhebung der Anamnese und der klinischen Symptome ist es heute notwendig, auch die durch Punktion entnommene Lumbalflüssigkeit des Kranken zu prüfen. Sie ergibt Hyperalbumen und Vermehrung der Leukozyten. Wassermann ist positiv. Man unterscheidet eine M. der Konvexität von derjenigen an der Basis, aber es existiert noch eine Form mit heftigen Anfällen, Delirien, Konvulsionen und schweren Paralysen. Die tertiäre M. verursacht mitunter die gleichen Symptome wie ein Hirntumor, oder diejenigen einer Jacksonschen Rindenepilepsie. Fälle von diffuser M. zeichnen sich durch das Auftreten psychischer Zustände aus, die spinale Form durch heftige Schmerzen der Wirbelsäule mit Nervenausstrahlungen und die Meningo-Myelitis durch Sphinkterkrämpfe und paralytische Anfälle. Im Gegensatz zu dieser Gruppe ist die latente M. syphilitica nur durch die Untersuchung der Spinalflüssigkeit und die Antezedenz einer sekundären Lues fest-

Digitized by Google

zustellen. Die M. parasyphilitica beobachtet man im Verlaufe der Tabes und der Paralyse. Bei der Tabes findet sich gewöhnlich Hyperalbumose in Verbindung mit Schmerzsymptomen, während die Hyperleukozytose namentlich bei alten Fällen oft fehlt.

H. Vörner,-Leipzig.

Luetische Meningoenzephalitis bei einem Kinde, von R. Neurath. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 28.) Das $3^3/_4$ jähr. Kind war nach 13 Frühgeburten und einem Abortus geboren worden. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren trat eine linksseitige Hemiplegie auf, einige Zeit später verlor es das Schluck- und Sprachvermögen. Es bestehen klonische Krämpfe des Kopfes und Zuckungen des linken Beines. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Meningo-Myelo-Encephalitis luetica mit Untersuchung der Spinalflüssigkeit, von O. Scheel-Kristiania. (Tidsskr. for d. Norske Laegeforening, 1915, Nr. 5.) Nichts Neues. W. Holland-Kristiania.

Die Beteiligung des Nervus acusticus bei Syphilis des Zentralnervensystems, von A. M. W. Ellis und H. F. Swift-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 18.) Im Laufe der letzten vier Jahre haben Verfasser sieben Fälle beobachtet, bei denen relativ früh nach stattgefundener Infektion sich pathologische Vorgänge am Gehörnerv einstellten, welche als Folge einer syphilitischen Meningitis zu erklären waren. Aus den in Umrissen geschilderten sehr exakten Beobachtungen ist zu entnehmen, daß die Störungen von seiten des Gehörorganes bei mindestens sechs der Fälle nicht eine Einzelläsion darstellten, sondern nur einen Teil von einer recht verbreiteten Erkrankung des gesamten Nervensystems. Außerdem ist zu konstatieren, daß der Affektion des Akustikus in allen Fällen nur eine als entschieden unzureichend zu bezeichnende antisyphilitische Behandlung vorangegangen war. Andererseits waren bei dieser Serie die Behandlungsresultate derart, daß man die Prognose in bezug auf Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Gehörorganes bei sachgemäßer und ausdauernder Behandlung sogar relativ günstig stellen kann. A. Philippi-Salzschlirf.

Aphasie als Folge von Syphilis, von C. B. Craig-New York. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Als ungewöhnliche und bemerkenswerte Äußerungen des syphilitischen Virus am Gehirn schildert Verfasser zwei Fälle, welche mit sehr bedenklichen aphasischen Störungen und Lähmungserscheinungen einhergingen. An praktischen Wert gewinnen dieselben noch durch den Umstand, daß nach Sicherung der Diagnose durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion die daraufhin eingeleitete Behandlung mit Salvarsan resp. Neosalvarsan in erstaunlich prompter Weise Heilung herbeiführte. Es handelte sich in dem einen Fall um eine eben nach Amerika eingewanderte 35jährige Russin, bei der neben Lähmung der rechten Hand Aufregungszustände und Unfähigkeit, irgend etwas anderes als ganz unverständliche Laute hervorzubringen, bestand. In einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Bei dem anderen Fall, einen 26jährigen Mann betreffend, war die mit Fazialislähmung komplizierte Aphasie nicht ganz so vollständig und war nach einer einmaligen Injektion von Neosalvarsan fast gänzlich wieder behoben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Primäre Hemichorea durch Arteriitis cerebralis syphilitica, von E. A. Sáinz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 15. November 1914.) Der 58jährige Mann hatte sich vor 34 Jahren syphilitisch infiziert und war mit Protojoduretpillen und Gibertschem Sirup behandelt worden. Seither war er ohne irgendwelche Erscheinungen und ohne Behandlung geblieben. Eines Morgens beim Aufstehen bemerkte er auf der linken Seite unwillkürliche Bewegungen in allen Gelenken; besonders waren Schulter, Ellenbogen, Hüfte und Knie befallen. Es waren große Bewegungen, die sich bei Bewegung steigerten, im Schlafe sistierten. Es bestand keine Lähmung, keine Abnahme der Kraft, keinerlei Sensibilitäts- oder Hirnnervenstörung. Durch spezifische Behandlung wurden fast alle

Digitized by Google

Bewegungen beseitigt; nur die im Handgelenke persistierten, waren aber langsam, klein von athetotischem Charakter. Später hatte der Patient typische Zeichen von Hirnsyphilis, die auf eine Gefäßerkrankung hinwiesen, wobei auch die hemichoreatischen Bewegungen wieder erschienen. Bemerkenswert an diesem Falle ist die lange Latenz und das primäre, von keinem Vorboten eingeleitete Auftreten der Hemichorea.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Abortivheilungen und Neurorezidive bei der modernen Syphilisbehandlung, von Werther-Dresden. (D. m. W., 1914, Nr. 22.) Das beste Terrain für die Spirochaeta pallida bilden die Lymphräume der Nerven und des Gehirns, daher der oft allein beweisende Befund von Spirochaeta pallida im Liquor. Die Lymphräume sind für Salvarsan schlecht zugänglich, woraus sich die mangelhafte Salvarsanwirkung bei Lues cerebrospinalis erklärt. Verschiedene Organe sind verschieden leicht infizierbar, von der Beschaffenheit des infizierten Terrains hängt offenbar die Art des Verlaufes der Krankheit ab. An abgekapselte und durch Arteriitis schlecht ernährte Herde dringen Hg und Salvarsan schlecht vor. Die nach Salvarsan beobachteten Fälle von Hirnschwellung und Kompressionsstörungen von in engen Knochenkanälen verlaufenden Nerven (Trochlearis, Abduzens, Akustikus, Optikus), die sogenannten Neurorezidive, entsprechen der belanglosen Jarisch-Herxheimerschen Reaktion auf der Haut. Begünstigt wird das Entstehen von Neurorezidiven und Hirnschwellungen durch hinzutretende Infektion (Influenza, Pneumonie), Alkoholismus, Status thymo-lymphaticus und zu geringe Salvarsandosen. Ehrlich selbst erklärt diese Nebenwirkungen durch „biologische Oxydation" des Salvarsanmoleküls. W. führt mehrere Fälle eigener Beobachtung von Abortivheilung durch zwei Salvarsandosen oder kombinierte Behandlung an. Frühzeitige Diagnosenstellung durch Ausstrichpräparate und Reizserum ist erforderlich, wenn möglich auch Exzision des Primäraffektes. Die meisten Neurorezidive sind zu heilen durch energische Fortsetzung der Kur; sie sind früher bekannt gewesen, seit Einführung des Salvarsans jedoch häufiger geworden. Zu erklären ist diese Tatsache durch die Eigenschaft des Salvarsans als Blutdesinfizienz, die eine Änderung des Verlaufes der Krankheit zur Folge hat, und weiter durch den Umstand, daß die Spirochaeta pallida große Affinität zum Zentralnervensystem besitzt. Das Vorgehen W.s im II. und III. Stadium der Syphilis ist das allgemein gebräuchliche.

S. Levy-Hamburg.

Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Salvarsanserum, von R. B. H. Gradwohl. (Lanc.-Clinic, 11. Juli 1914.) Patient bekommt eine intravenöse Salvarsaninjektion; eine Stunde später werden ihm 75 ccm Blut entnommen, zentrifugiert, das Serum $^1/_2$ Stunde bei 56 Grad inaktiviert. Dann wird eine Lumbalpunktion gemacht, Liquor abgelassen bis der Druck unter 30 mm sinkt, und schließlich werden 25 ccm Serum intralumbal injiziert. Die Injektionen werden alle zwei bis drei Wochen wiederholt. Die Patienten erleiden eine Reaktion in Form von Schmerzen, Fieber und Schwäche. Mit dieser Methode hat Verfasser sehr gute Resultate bei Tabes und zerebrospinaler Syphilis gehabt. Namentlich die frischen Fälle zeigen rasche Besserung.

R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Früh- und Spätsyphilis des Nervensystems mit intrarachidischen Injektionen, von Tzanck. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Verfasser gibt zuerst eine intravenöse Neosalvarsaninjektion; hierauf injiziert er 0,006 Neosalvarsan in Eigenserum intralumbal. Sechs Fälle von nervöser Frühsyphilis wurden auf diese Weise bedeutend gebessert; von sieben Spätfällen wurde nur einer gebessert.

R. Frühwald-Leipzig.

Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse, von M. Nonne-Hamburg. (M. m. W., 1915,

Digitized by Google

Nr. 8. und 9.) Das vorliegende Thema wird vom Verfasser in umfassender und überaus klarer Weise dargelegt, und obwohl für den Fachkollegen wesentliche Neuerungen in der Arbeit nicht vorgeführt werden, sind manche kasuistische und sonstige Einzelheiten, welche sich im Referat allerdings nicht gut wiedergeben lassen, bemerkenswert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Pathogenese der Tabes, von Eugen Sepp-Moskau. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Sepp betont, daß durch Noguchis Entdeckung der Spirochäten im Rückenmark wohl ein Beweis für die ätiologische Bedeutung derselben für die Entwicklung der Tabes gegeben sei; daß aber die Pathogenese noch unklar sei. Er selbst drückt seine Anschauung folgendermaßen aus: Die Tabes stellt eine scharf ausgedrückte nosologische Einheit dar und hat zur anatomischen Grundlage einen Degenerationsprozeß, welcher infolge von dauernder Wirkung der in der Zerebrospinalflüssigkeit zirkulierenden, diffusiblen syphilitischen Toxine entsteht. Durch Analogieschlüsse mit andern Infektionskrankheiten, besonders der Tuberkulose, nimmt der Verfasser auch bei der Syphilis zweierlei verschiedenartige Giftwirkungen an: 1. eine direkte, von den Bakterien ausgehende, lokale (meist entzündliche), und 2. eine durch die diffusiblen Toxine der Bakterien hervorgerufene Schädigung, die zur Degeneration führt. Er faßt die Tabes also auf als eine parasyphilitische Krankheit — im Sinne nicht einer Nach-, sondern einer Nebenkrankheit —; für ihn ist die Tabes eine degenerative Systemerkrankung (Strümpell), hervorgerufen nicht durch die Bakterien, sondern durch die Syphilotoxine.

O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien hat den Goldberger-Preis über das Thema „Die Entstehung und Behandlung der Reflexanurie" nochmals bis zum 15. Mai 1918 ausgeschrieben.

Priv.-Doz. Dr. Franz v. Veress-Klausenburg, k. u. k. Regimentsarzt, hat das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Oberarzt Dr. Friedrich Necker, Assistent der Abteilung von Prof. Otto Zuckerkandl in Wien, hat das Ritterkreuz des Franz Josefsordens am Bande des Militärverdienstkreuzes erhalten.

Prof. Theodor Boveri, Direktor des Institutes für Zoologie und vergleichende Anatomie in Würzburg, der berühmte Forscher auf dem Gebiete der Befruchtungs- und Vererbungslehre, ist gestorben.

Der Lepraforscher Missionsarzt Dr. Davis Sandler-Edinburgh ist im Oktober in Konstantinopel gestorben.

Senator R. Bérenger in Paris, der verdienstvolle Vorsitzende der Fédération des Sociétés contre la Pornographie, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Serodiagnostik i. d. Dermatologie, Stümpke 831.
— — b. Gehirn- u. Rückenmarkskrankheiten, Golla 831.
— — b. Pellagrakranken, Babes u. Jonesco 901.
Abortivbehandlung s. Blennorrhoe.
Abwehrkräfte des Organismus, Kämmerer 921.
Addisonscher Symptomenkomplex m. Pellagra, Bertelli 900, Rubinato 900 (Bis).
Addisonii. Traumatischer Morbus 1115.
— (?) Morbus, Little 1132.
Adenoma sebaceum, Stowers 1131.
Adhäsoltherapie i. d. Chirurgie u. Dermatologie, Dreuw 850.
Adrenalin s. Glykosurie.
Äthylhydrokuprein s. Konjunktivitis blennorrhoica.
Ätznatronwirkung a. d. Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente, Oppenheim 924.
Affen, Impfungen m. d. Gonokokkus an, Reenstierna 729.
— Übertragg. v. Pellagra auf, Lavinder, Francis, Grimm u. Lorenz 902.
— Pockenimpfung bei, Ashburn, Vedder u. Gentry 988.
Afridolseife. Bernheim 850.
Akarus b. Kopra-Jucken. Whitfield 1107.
Akne urticata u. andere neurot. Exkoriationen, Adamson 688.
Akropompholyx 1128.
Akrosarkoma 1153.
Albumin im Harn. Nachweis von, Mayer 693.
Albuminprobe. Hellers, Cronquist 692.
Albuminurie b. Tuberkulösen. Bedeutg. u. Wichtigkeit der, D'Onghia 691.
— u. Tuberkulose. Orthostat.-lordotische, Jagić 692, Wendenburg 692.
— b. Menschen. Auslösung transitorischer, Schiff 692.
Alopezie a. Basis e. Hypothyreoidismus. Kongenit., famil., hereditäre, Petersen 725.
— b. Hypothyreosis, Montgomery 748.
*— n. Kopfschüssen. Kontralaterale, Knack 811, 1060, Klausner 995, 1161.
— b. Kindern inf. Überdosierung v. Röntgenstrahlen, Stowers 1106.
Alopecia areata d. Kopfes u. d. l. Augenlider, Dore 866.
— atrophicans. Initialstadium der, Dreuw 774.
American Urological Association 722.
Aminoazobenzole. Epithelisierende Wirkg. der, Martinotti 837.
*Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, Smilovici 675, Schumacher 676.
Anaphylaxie, Urtikaria u. parenterale Eiweißverdauung, Mühsam u. Jacobsohn 880.
Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt d. Tonsille. Diff.-Diagnose zwischen, Lévy 1064.
Angiokeratom, Sibley 865.
Angiokeratoma corporis diffusum, Stümpke 729.
Angioneurotisch (-ica) s. Dermatitis, Ödem.
Annales des Maladies Vénériennes 1162.
Ansteckung. Strafwürdigkeit der, Lieske 726, 778, 1034, 1155.
Antiblennorrhoikum. Thigan, ein neues äußerliches, Stümpke 757.
Antiblennorrhoische Vakzinetherapie, Remlinger 761, Livon 761.
*Antigonorrhoikum. Ammoniumpersulfat als, Smilovici 675, Schumacher 676.
Antipartialantigene, Adam 1027.
Argentamin s. Salping-Oophoritiden.
*Arsen bhdlten. Lichen ruber planus. Histolog. Untersuchgn. an mit, Hodara 699.

Digitized by Google

Arsenkeratosen u. -pigmentationen. Dermatitis herpetif. mit, Scholtz 800.
Arsenpigmentationen u. -keratosen. Dermatitis herpetif. mit, Scholtz 800.
Arsenverbindung auf die Leber n. subkut. od. intraven. Injektionen. Verschied. Wirkg. einer, Ullmann 713.
Arsenik. Herpes zoster nach, Finlay 652.
Arsenobenzol Billon 722.
Arteriitis obliterans bei Juden. Nichtsyphilitische, Weber 1110.
Arthigon s. Blennorrhagie; Blennorrhoische Erkrankungen, Komplikationen, Prozesse; Iritis.
Arthigoninjektionen. Intravenöse, Kyrle u. Mucha 784, Lewinski 785.
— Diagnost. Verwertbarkeit intravenöser, Frühwald 785.
— Therapeut. Anwendg. intravenöser, Bardach 785.
— bei Diagnostik u. Therapie d. Blennorrhoe. Intravenöse, Habermann 801.
— Blutbefunde n. intravenösen, Brasch 801.
Arthritis blennorrhagica, Mauclaire 735.
— — Tbc. als Boden für, Tommasi 718.
— Gonokokkenvakzine b. chron. blennorrhoischer, Sémionov 735.
— Sero- u. Vakzinetherapie d. blennorrhoischen, Gramenitzky 735.
— Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Florand 735, Dopter 736.
Auge s. Vakzineerkrankung.
Aurum-Kalium cyanatum s. Lupus tuberculosus.
Aussatz. Zaraath. der alttestamentliche, Vörner 1024.
Azodolen 837.

Bakteriensteine 665.
Bakteriurie, Biedl 693.
— Polymorph. fadenförmiger Keim b. renovesikaler, Scalone 693.
Basalzellengeschwülste d. Haut, Kyrle 728.
Basedowi. Alimentäre Galaktosurie b. Morbus, Szél 695.
Baumwollensamen-Dermatitis, Nixon 1106.
Behandlung von Hautkrankheiten. Allgemein-, Luithlen 834.
Behandlungsmethoden in der Dermatologie. Neue, Meachen 871.
Berliner dermatologische Gesellschaft 1010, Jahresversammlung 1103.
Bestrahlung. Retikulo-endothel. Zellapparat und, Soper 833.
Biersche Methode b. blennorrh. Epididymitis, Wilson 736.
Bindegewebe in veränderter Funktion. Kut. u. subkutanes, Rehn u. Miyauchi 802.
Bindegewebes, Darstellung des, Herxheimer 1025.
Blastomykosis od. Ekzem vortäuschend. Bromeruption, Gaskill 923.
Blattern s. Pocken.
Blaufärbung d. Haut dch. subkut. Morphiuminjektionen, Weber 1131.
Blaulichtbehandlung tuberkulöser Hautgeschwüre, Thedering 1029.
Blennorrhagie. Prophylaxe der, Biró 720.
— Kolloidales Jod b. akut. u. chronischer, Beyler 757.
— Arthigon bei, Le Clerc-Dandoy 782.
— Nicollesche Vakzine bei, Duhot 783.
Blennorrhagien. Immunotherapie d. akuten, Szily 731.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhagisch (-ica) s. Arthritis, Deferenitis, Osteopathien. Blennorrhoisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhagischer Infektion. Vakzinetherapie bei, Sabella 761.
Blennorrhoe. Sogenannte, Mapes 800.
— wirksam verhütet werden? Wie kann die, Credé-Hörder 719.
— nicht abnehmen? Warum konnte die, Credé-Hörder 719.
— Neue therapeut. u. prophylakt. Versuche bei, Bruck 720.
— Verbesserungen i. d. Bhdlg. der, Duhot 755.
— Abortivbhdlg. der, Schumacher 1025.
— Bhdlg. der akuten, Uteau u. Saint-Martin 754.
— Technik d. Bhdlg. d. akuten, Orlowski 800.
— b. Männern. Bhdlg. der akuten, Hayes 755, Powell 755.
— d. vord. Harnröhre. Bhdlg. d. akuten, Azúa 755.
— b. Weibe, Buttler 732.
— — — Bhdlg. d. akuten, Lontos 732.
— u. blennorrh. Komplikationen b. e. Säugling, Reinhard 733.
— d. Neugeborenen u. Erwachsenen i. d. Berner Augenklinik. Bhdlg. der, Schenderowitsch 721.
— Diagnose u. Bhdlg. d. chronischen, Bayly 755.
— Blennotin bei, Hirschberg 738.
— Choleval bei, Vajda 755.
— Diathermie bei, Baradulin 754.
— Hegonon bei, Bohm 757.
— Joddämpfe bei, Odstrčil 738.
— Kawotal bei, Leszlényi 779.

Digitized by Google

Blennorrhoe. Kolloide und, Mistiaen 757.
— Phylakogen bei, Harrison 758.
— Spezifische Bhdlg. der, Fischl 756.
— Vakzinetherapie der, Hofmann 711, Keil 759, Klause 760, Brandweiner 760, Sachs 761, Livon 761, Rost 762, Bruck 779, Boeters 781, Bloch 781.
— Antigonokokkenserum bei, Corbus 780.
— Vakzinebhdlg. u. Diagnose der, Stümpke 781.
— b. Weibe. Vakzinebhdlg. der, Holmström 733.
— im Kindesalter. Vakzinebhdlg. der, Hamburger 734.
— Intraven. Arthigoninjekt. b. Diagnostik u. Therapie der, Habermann 801.
— Vakzine v. Besredka bei, Cruveilhier 758, 779.
— Gonokokkenvakzin Menzer bei, Becker 780.
— s. Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhoisch (-ica) s. Endokarditis, Epididymitis, Hyperkeratosis, Konjunktivitis, Ophthalmie, Salping-Oophoritiden, Stomatitis, Urethritis, Vulvovaginitis, Zystitis. Blennorrhagisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoische Krankheiten d. weibl. Genitalien, Pontoppidan 732.
— Granulationen, Stümpke 736.
Blennorrhoischen Erkrankungen, Serologie der, Finkelstein u. Gerschun 758.
— — i. d. Chirurgie. Sero- u. Vakzinotherapie der, Choltzow 719.
— — i. d. Urologie. Sero- u. Vakzinotherapie der, Choltzow 718.
— Adnexerkrankungen. Vakzinetherapie bei, Mañueco 751.
— Frauenleiden. Gonokokkenvakzine bei, Runge 732.
— Erkrankungen. Vakzinetherapie der, Gerschun u. Finkelstein 760.
— — d. Weibes. Intraven. Anwendg. des Arthigons bei, Leszlenyi u. Winternitz 786.
— Komplikationen. Gonargin bei, Herrmann 756.
— — Kollargol u. Arthigon bei, Renisch 757.
— — Arthigon bei, Lisznyai 758.
— Prozessen. Intravenöse Arthigoninjektionen bei, Arnold u. Hölzel 781.
Blennotin s. Blennorrhoe.
Blutes b. Hautkrankheiten. Zellelemente des, Engman u. Davis 655.
Blutbefunde n. intraven. Arthigoninjektionen, Brasch 801.
Blutbild b. chron. u. akut. Lupus erythematodes, Spiethoff 729.
Blutmixtur. Eruptionen dch. eine, Pernet 1107.
Bluterkrankheit. Vererbungsmodus der, Lossen 823.
— s. Haemophilie.
Borsäure b. Hautkrankheiten, Montgomery 850.
Brightsche Krankheit. Bakteriaemie, Infektion und, Berlin 664.
Bromeruption, Blastomykosis od. Ekzem vortäuschend, Gaskill 923.
Bromkuren dch. Kalkabgaben. Vermeidg. der Nebenwirkgn. bei Jod- und, Frey 852.
Bromoderma d. Beines, Weiß 922.
Buchsbaumdermatitis, Oppenheim 924.
Bullöse Eruption d. Hände u. Füße. Rekurrierende, Pernet 1128.
Bullösen Eruption. Chron.-septisches Papillom nach einer, Little 1129.
Bursitis tuberositatis tibiae 723.

Chemie d. Zelle, Unna u. Gans 801, Unna 802 (Bis).
Chemotherapie s. Tuberkulosen.
Chirurgie d. prakt. Arztes, Nordmann 835.
Chlorkalziumkompretten 971.
Cholestearingehalt d. Serums b. Dermatosen, Fischl 831.
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis 729.
Chrysarobins. Keimtötende Wirkg. des, Schamberg, Kolmer u. Raizies 653.
— Biochem. Eigenschaften des, Schamberg, Kolmer u. Raizies 655.
Chylurie, Heinrich 694.
Chyluria non parasitaria, Courty 694.
Coccidiosis avenerea, McDonagh 893.
Creme u. Puder i. d. Kosmetik. Seife, Damman 856.
Curie. Place de, 698.

Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis, Marziani 736.
Dermatitis der Pellagra, Frazer 749.
— Künstliche, Gilmour 655.
— artefacta, Mac Leod 894.
— angioneurotica, Kreibich 1025.
— bullosa dch. B. coli, Polter 748.
— factitia, Pernet 893.
— herpetiformis, Little 1108, 1129 (Bis). Mac Leod 1128, Sibley 1128, Sequeira 1129.
— — m. Arsenpigmentationen u. -keratosen, Scholtz 800.

Digitized by Google

Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung, Hornsey 924.
— s. Baumwollensamen-, Buchsbaum-, professionelle D., Koprastaub.
Dermatologisch-urologische Gesellschaft in Atlanta 1090.
Dermatologische Gesellschaft in Minneapolis 1162.
— Klinik in Lemberg 698.
Dermatolysis, Cadburg 928.
Dermatomykosen. Klassifizierung einiger, Kaufmann-Wolf 1023.
Dermatomykosenlehre. Experim. Btrge. zur, Saeves 728.
Dermographismus, Reznicek 880.
Dermotherma, Isbary 849.
— s. Hautkälte.
Diabetes insipidus. Syphilitische Gummata bei, Sequeira 1109.
— mellitus u. Impfung, Ziffer 992, Voigt 1004.
Diagnose. Fall zur, Cebrián 753, Mac Cormac 865, Little 865, 1132, Corbett 866, Dore 866, Sibley 1107, Dore u. Wilson 1107, 1109, Mac Leod 1128, Stebbing 1131, Walsh 1131.
Diathermie, Mann 849.
— s. Blennorrhoe.
Diathermieströme auf Gonokokken. Wirkg. der, Santos 809.
Diphtherie. Statistik der, Neumann 938.
Diphtheriebazillen. Blennorrh. Prozesse a. d. kindl. Vagina durch, Kobrak 717.
Divertikel s. Harnblasen-, Harnröhrendivertikel.
Dmegon 783.
Dyskeratose. Linsen- u. scheibenförmige, Darier 868.

Ehe. Hautkrankheiten und, Ledermann 819.
— Syphilis und, Ledermann 1047.
Paul Ehrlich †, Delbanco 907.
Eisenwirkung, Trebing 850.
Eiter im Urin, Pedersen 672.
Eiweißreagens. Handliches, Teuscher 693.
Ekthyma b. Malaria, Chimisso 823.
Ekzem od. Blastomykosis vortäuschend. Bromeruption, Gaskill 923.
— Urtikarilles, Neisser 1153.
Ekzema capitis. Generalisierte Vakzine bei, Obmann 1005.
Elarson i. d. Dermatologie, Scherber 850.
Elastische Fasern b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Sakaguchi 1154.
Elastischen Fasern in Hautnarben. Neubildung der, Marchand 833.
Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau d. menschl. Epidermis und, Martinotti 806.
Elektrargol s. Pest, Pocken.
Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten, Thelen 1134.
Endokarditis. Benigne blennorrhoische, Blind 737.
Endotheliome, Mariani 870.
*Entzündliche u. urtikarielle Hautreaktion, Šamberger 739, 763, 791, 947, 976, 999.
Epidermis d. Menschen. Zellen nervöser Art in der, Häggquist 802.
— u. Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau d. menschlichen, Martinotti 806.
— Bedeutg. d. Herxheimerschen Fasern in der, Kottmaier 727.
Epidermisfibrillen. Malpighische Schicht u. Produktion der, Martinotti 806.
Epidermolysis bullosa, Sibley 1109.
— — hereditaria. Milienartige Gebilde u. elast. Fasern bei, Sakaguchi 1154.
Epididymitis, Deferenitis blennorrhagica ohne, Marziani 736.
— Biersche Methode b. blennorrhoischer, Wilson 736.
— Chirurg. Bhdlg. der, Cumston 736.
— Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Dopter 736.
Epithelwucherungen b. Hühnerembryonen. Experim. Erzeugung von, Waelsch 834.
Epitheliom d. Hand. Primäres, Fox 654.
— am r. Schenkel, Little 1108.
Epitheliome. Basozelluläre zystische, Mariani 870.
Epithelioma adenoides cysticum (?). Multiples Ulcus rodens oder, Little 865.
Epitheliomatoide Zerstörung d. Haut d. r. Gesichtshälfte, Stringher 1156.
Erfrierung, Csillag 925, Riehl 926, Fearnsides 689.
Erfrierungen. Wasserdichte Fußbekleidung und, Glasewald 926.
— Bhdlg. der, Wittek 926.
— Bhdlg. schwerer, Pranter 925.
— v. Fingern u. Zehen. Bhdlg. der, Bundschuh 926.
Erysipel. Ammoniumkarbonat bei, Aja 750.
Erythem merkuriellen Ursprungs. Skarlatiniformes, Grado 749.
— Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit, Silberknopf 969.
Erythema, chron. migrans, Kerl 928.
— exsudat. solare, Šamberger 937.
— gyratum recurrens, Eddowes 868.
— induratum, Pernet 1107.
— — m. Überempfindlichkeit d. Haut gg. Tuberkulin, Frumerie 1032.

Digitized by Google

Erythema multiforme (?). Persistentes noduläres, MacCormac 865.
— — Ätiologie u. Bedeutg. des, Civalleri 928.
— nodosum, Hegler 937.
— — Ätiologie des, Schumacher 938.
— — u. Tuberkulose. Gemeinschaftl. Auftreten von, Foerster 938.
— — u. tuberkul. Septikämie, Landouzy 938.
— pernio (?), Lupus erythematosus, Sibley 865.
— perstans faciei m. Ausgang in Atrophie. Rezidivierendes, Kreibich 1024.
Erythrodermia exfoliativa. Lichen ruber acuminatus universalis mit, Werther 1024.
Erythromelalgie m. Raynaudschem Symptomenkomplex, Radenicio 897.
— Falsche, Weber 1110, 1129.

*Favus, Im Deutschen Reiche autochthon entstandener, Goldkraut 1067.
— d. Kopfes u. Stammes, Sequeira 1110.
— d. unbehaarten Haut, Dore 894.
— — — — Kulturen von, Dore 1109.
Feldlazarett 6 des VI. A.-K., Kayser 906.
Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln, 1132.
Fettbauchbildung am Handrücken, Hoffmann 1152.
Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im Urogenitaltraktus, Kolischer 871.
Finsenbehandlung b. Lupus tuberculosus, Azúa 1030.
— bei Pocken, Würtzen 991.
Fistel s. Vulvoperineal-Urachusfistel.
Fleckfieber s. Flecktyphus.
Flecktyphus, Jürgens 965, Curtius 966.
— und Blattern, Reisinger 965.
— u. Rückfallfieber, Mühlens 965.
— Epidemiologie u. Klinik des, Lindner 965.
— Maculae caeruleae bei, Kreibich 966.
— Bakteriologie des, Wilder 966.
— Bakteriolog. Befunde bei, Petruschky 966.
— Wasserm. Reaktion bei, Delta 969.
— Neue diagnost. Hilfsmittel bei, Ghon 967 (Bis).
— Diagnose u. Prophylaxe des, Klemperer u. Zinn 967, Pisek 968.
— Prophylaxe des, Blaschko 968.
— Persönl. Prophylaxe gegen, Kraus 968.
— u. d. Läuse. Bekämpfung des, Mense 968.
Fliege. Verändergn. dch. d. Biß der schwarzen, Stokes 651, 652.
Fluor b. Weibe. Puderbhdlg. des, Oppenheim 717.
— albus. Levurinose bei, Hirschfeld 718.
Fluß. Verursachen sterile Tripperfäden weißen, Orlowski 719.
Follikels. Kinnhaare m. e. Talgdrüse im Inneren des, Giovannini 803.
Follikulitis decalvans et atrophicans, Little 1109, 1129.
— — Lichen spinulosus und, Dore 1132.
Friedmannsches Mittel s. Lupus.
Frostbeulen. Bhdlg. der, Schwering 925.
Fulgurationsbehandlung gewisser Neubildungen, Tyler 799.
Furunkulose u. Staphylokokkenvakzine, Gimeno 753.
Füße. Versorgung wunder, Dreist, 925.
— s. Bullöse Eruption, Narbenschmerzen.

Gärtner, Buchsbaumdermatitis b. einem, Oppenheim 924.
Galaktosurie b. M. Basedowi. Alimentäre, Szél 695.
Gangrän b. e. 16 M. alten Kinde. Trockene Zehen-, Sequeira 868.
Gastrointestinaler Läsionen. Störgn. d. Hautfunktion als Ursache, Puntoni 822.
Geburtenrückgang u. Geschlechtskrankheiten, Blaschko 820.
Geisteskranken. Abnormitäten u. Krankheiten d. Haut bei, Vidoni u. Gatti 826.
Gelbfärbung d. Haut dch. Pikrinsäure, Pernet 1109.
Genitalien. Blennorrhoische Krankheiten der weiblichen, Pontoppidan 732.
*Genitalia interna. Gonorrhoe der weiblichen, Pontoppidan 843.
Genitalorgane. Therapie akuter u. chronischer Entzündgn. der, Birnbaum 716.
Geschlechtskranke in Charlottenburg. Fürsorgestelle für, 1034.
Geschlechtskranken Soldaten. Bhdlg. der, 1103.
*— Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber, Lieske 1119.
Geschlechtskranker Soldaten im Kriege. Bhdlg., Stern 881.
Geschlechtskrankheiten unter das Reichsseuchengesetz. Unterstellung der, Flesch 778.
— Prostitution und, Bierhoff 820.
— Geburtenrückgang und, Blaschko 820.
— auf Gesundheit u. Fruchtbarkeit der Frau. Einfluß der, Flesch 777.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten. Verhütung der, Hoffmann 726.
— Moralität d. Prophylaxe der, Bachmann 818.
— u. ihren üblen Folgen? Wie schützen wir uns vor den, Block 1080.
— Abgabe v. Mitteln gegen, 992.
— Verhandlungen d. 12. Jahresversammlung der D.G.B. der, 777.
— Jahresversammlung d. D. G. z. Bekämpfung der, 1088.
— Kampf gg. die, Jonescu 818. Wolff 818.
— Bhdlg. der, Medlroy 819.
— Ionisierungsverfahren bei, Savill 733.
— Krieg und, Klausner 930.
— im Kriege u. Frieden, Haut- und, Dreuw 1026.
— Krieg, Prostitution und, Pasini 869, Neisser 928.
— aus dem Kriege? Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gg. die, Blaschko 657.
— ziehen? Welche Lehren können wir aus den wd. des Krieges gewonnenen Erfahrungen f. d. weiteren Kampf gg. die, Neisser 1089.
— b. Kriegsteilnehmern. Haut- und, Brinitzer 904.
— in den Heeren. Geschlechtsleben und, Touton 930.
— b. d. im Felde stehenden Truppen. Neisser 994.
— im Felde. Prophylaxe der, Mendel 882, Erwiderung Buschke 882.
— i. d. Armee. Vorbeugung der, Krzysztalowicz 882.
— u. einiger parasit. Hautkrankheiten im Heere. Bekämpfg. der, Sachs 810.
— im Felde. Bhdlg. d. Haut- und, Gennerich 673.
— im Felde. Bhdlg. von, Zieler 928.
— im Kriege. Bekämpfung der, Fischer 778, Buschke 929, Blaschko 1088.
— s. Lehrbuch.
Geschlechtsleben u. Geschlechtskrankheiten in den Heeren, Touton 930.
— u. seine Gefahren, Uhl 1112.
Geschlechtsverkehres. Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bzgl. d. Gefahren des, Reh u. Heuck 1026
Geschlechtszellen. Entstehg. u. Bedeutg. der, Nußbaum 803.
Geschwür s. Haut-, Zungengeschwür.
— n. Röntgenbestrahlung. Persistierendes, Little 1109.
Geschwulst s. Basalzellen-, Harnblasengeschwulst, Gewächs, Neubildungen, Tumor.
Gesicht s. Epitheliomatoide Zerstörung, Erythema perstans, Lupus.
Gewächs s. Hautgewächs, Geschwulst, Neubildungen, Tumor.
Gewerbekrankheiten d. Haut, Oppenheim 924, Oppenheim u. Neugebauer 925.
Glans penis. Totale Spaltung der, Rosenwald 800.
Glasergehilfen. Progrediente Ätznatronwirkg. a. d. Nägel eines, Oppenheim 924.
Glossitis d. Zungenrückens. Mediane rhombische, Jourdanet 1114.
Glykosurie. Physiolog. Pathologie der, Macleod 714.
— b. Menschen. Adrenalin-, Landau 714.
— Phloridzin-, Eber 715.
Goldbergerpreis 1178.
Gonargin b. blennorrh. Komplikationen. Herrmann 756.
Gonargintherapie, Schumacher 756.
Gonaromat, Friedländer 756.
Gonokokkus, Forgeot 718.
— an Affen. Impfungen m. dem, Reenstierna 729.
— gg. Temperaturen v. 45° u. 50°. (Diathermieströme.) Widerstandsfähigkeit des, Santos 809.
Gonokokken. Uranoblen bei, Glück 721.
— Pyelonephritis durch, Gayet 737.
*— Einfluß reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt der, Schumacher 1035, 1054.
Gonokokkenkulturen. Umgehung d. Schwierigkeiten d. Verpflanzg. bei, Ohlmacher 810.
*Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberos. tibiae) im Verl. e. akuten Gonorrhoe. Seltene, Klausner 723.
Gonokokkenvakzine b. Blennorrhoe, Corbus 780.
— Intraven. Anwendg. der, Menzer 784. Bruck 784.
— Diagnost. Verwertbarkeit der, Bruhns 761, Decastro 762.
— b. chron. blennorrh. Arthritis, Sémionov 735.
— b. blennorrh. Frauenleiden, Runge 732.
— b. Vulvovaginitis kl. Mädchen, Comby u. Condat 734.
— Menzer b. Blennorrhoe, Becker 780.
— Haltbare u. nicht toxische, Nicolle u. Blaizot 782.
— v. Nicolle u. Blaizot. Bar u. Lequeux 733, Müller u. Bender 783, Reenstierna 783.

Digitized by Google

*Gonorrhoe. Seltene Gonokokkenmetastase im Verl. e. akuten, Klausner 723.
*— d. weibl. Genitalia interna, Pontoppidan 843.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper, Urethritis.
Gonorrhoica s. Vulvovaginitis, Blennorrhagica, Blennorrhoica.
Granulom. Noch nicht beschriebenes, Corbett 866.
Grotan. Dieckmann 851.

Haare m. e. Talgdrüse im Innern d. Follikels. Kinn-, Giovannini 803.
— s. Haupt-, Kopfhaare.
Haematopinus suis. Eier von, Sequeira 868.
Hämaturie. Diagnostik u. Therapie der, Portner 695.
— Essentielle, Braasch 696.
Hämaturien. Renale, Datyner 696.
Hämaturieerkrankung d. Kapillaren d. Markteiles. Einseitige, Baum 696.
Hämoglobinurie. Marsch-, Porges u. Strisower 697.
— Leukämische Lymphomatose bei paroxysmaler, Gáli 697.
Hämophilie u. heredit. Syphilis, Rille 1083.
— s. Bluterkrankheit.
Hämorrhagien n. Kalomel. Multiple, Favento 921.
Hämotherapie d. Lepra. Auto-, Cavazzoni 1008.
Hand s. Bullöse Eruption, Epitheliom, Narbenschmerzen, Ringworm, Tuberkulosen.
Handrücken. Fettbauchbildung am, Hoffmann 1152.
Handteller s. Hyperidrosis.
Harn. Eiter im, Pedersen 672.
Harns b. Tripper. Azidität des, Regnauld u. Cottin 718.
Harnblasendivertikel, Fischer 656.
Harnblasenektopie. Operation der, Hagentorn 823.
Harnblasengeschwülste u. ihre Bhdlg. dch. Elektrokoagulation. Zystokopische Diagnostik der, Thelen 1134.
Harnblaseninkontinenz. Operative Bhdlg. der, Frangenheim 1134.
Harndiagnostik. Fortschritte in der, Freund 669.
— Entwicklg. d. klinischen, Ebstein 773.
Harnniederschlages m. d. Tuschsystem. Untersuchg. des, Detre 671.
Harnprobe f. Karzinom- u. Sarkomdiagnose, Klein u. Walker 671.
Harnröhre. Längenmessung d. weiblichen, Salmony 726.
— Hutnadel in der männlichen, Wollbarst 873.
Harnröhrendivertikel b. Weibe, Jarecki 657.
Harnstauung u. Niereninfektion, Hartung 670.
Harnstoffbestimmung. Volumetrische quantitative, Jolles 691.
— im Urin f. d. Praxis. Quantitative. Hahn u. Saphra 691.
Harnuntersuchung. Methodik der, Mayer 693.
Harnuntersuchungen. Prakt. Konsequenzen aus 8000, Muhlberg 670.
Harnverhaltung dch. Morphin. Akute, Czapek u. Wassermann 670.
Harnwege. Urotropin als Desinfiziens der, Hoest 671.
— Hg. oxycyan. z. Desinfektion der, Schuhmacher 726.
Harnzylinder. Bildung der, Santos 691.
— Mikroskop. Prüfung auf, Kühl 691.
Haupthaar u. seine Bildungsstätte. Das, Fritsch 1044.
Haupthaaranlage. Menschliche, Fritsch 1044.
Haut d. Frau. Einfluß d. neuen Sitten a. d. Pathologie der, Brocq 821.
Hautdefekt dch. Bleiplatte geheilt. Ausgedehnter, Ledo 750.
Hautdefekte. Überhäutung großer, Polland 837.
— m. Scharlachrotsalbe. Bhdlg. verschiedener, Tscherkassow 837.
Hautdrüsensekrete b. d. asept. Chirurgie. Bakteriolog. Bedeutg. der, Ozaki 825.
Hauteiterungen. Renale u. perirenale Eiterungen nach, Martelli 690.
Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen. Störungen der, Puntoni 822.
Hautgeschwüre. Blaulichtbhdlg. tuberkulöser, Thedering 1029.
Hautgewächsen. Austrocknungsmethode b. kongenit. u. späteren, Clark 836.
Hautkälte d. Extremitäten. Dermotherma b. organ. u. funktioneller, Dregiewicz 825.
Hautkrankheiten, Ledermann u. Misch 821.
— u. Ehe, Ledermann 819.
— Nah- u. Fernresultate d. Röntgentherapie b. einigen infiltrativen, Pasini 830.
— im Kriege u. Frieden. Geschlechts- und, Dreuw 1026.
— b. Kriegsteilnehmern. Geschlechts- und, Brinitzer 904.

Digitized by Google

Hautkrankheiten im Felde. Bhdlg. d. Geschlechts- und, Gennerich 673.
— s. Parasitäre, Squamöse H. (Dermatosen), Geisteskranken, Hysterie, Toxämien.
Hautnarben. Neubildg. d. elast. Fasern in, Marchand 833.
Hautpilze. Kulturelle Entwicklg. der, Calzabou 806.
*Hautreaktion. Entzündl. u. urtikarielle, Šamberger 739, 763, 791, 947, 976, 999.
Hautsarkome. Spindelzellen-, Mariani 870.
Hauttransplantation m. eigenartg. Resultat, Strandberg 1152.
Hauttransplantationen. Verwendg. v. kleinen dicken, Davis 837.
— b. ambul. Bhdlg. v. Ulzerationen, Davis 837.
— s. Hautverpflanzung.
Hauttuberkulide b. Kinde. Kleinpapulöse, Feer 1027.
Hauttuberkulose. Heliotherapie bei, Vidal 1029.
— Papulöse, Šamberger 1027.
Hautverpflanzungen. Hyperämie b. auto- u. homoplastischen, Bertone 832.
— s. Transplantation.
Hegonon s. Blennorrhoe.
Heiratsfähigkeit nach Tripper, Portner 718.
Heiße Luft b. Verbrennungen, Stoppato 926.
Heliotherapie s. Hauttuberkulose, Lupus tuberculosus, Tuberkulosen.
Helix. Knötchenförmige Erkrankg. am, Winkler 729.
Herpes genitalis, Rostaine 928.
— b. Meningitis cerebrospinalis, Scherber 1152.
Herpes zoster am 3. u. 8. l. Dorsalsegment. Gleichzeitiger, Little 1108.
— — Ansteckungsfähigkeit des, Dörge 927.
— — Bhdlg. des, Althoff 928.
— — als Arsenikfolge, Finlay 652.
— — n. Schußverletzung eines Nerven, Tschermak 1025.
Herxheimerschen Fasern i. d. Epidermis. Bedeutg. der, Kottmaier 727.
Hochfrequenzbehandlung v. Papillomen, Lohnstein 772.
Hodenverlagerung inf. Traumen, Hawkins 777.
Höhensonne. Künstliche, Hindenberg 842.
Hutchinsons Sammlung 722.
Hydrozele d. Samenstranges, Lockwood 714.
Hyperämie b. auto- u. homoplast. Hautverpflanzungen, Bertone 832.
Hyperidrosis palmaris, Adamson 868.
Hyperkeratosis blennorrhoica, Lange 737.
Hypernephrom. Renales, Kelsall 799.
Hypertrichose. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen bei, Gunsett 840.
Hypertrichosis circumscripta congenita d. Wirbelsäule ohne Spina bifida, Vignolo-Lutati 871.
Hypothyreosis. Alopezie bei, Montgomery 748, Petersen 725.
Hysterie. Dermatosen bei, Antoni 824.
*Hysterischen. Simulationsfall v. Gesichtsulkus bei einer, Marx 883.

Impfschädigungen, Göppert 1005.
Impfstoffes. Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpocken-, Voigt 1005.
Impfverfahren. Winke für das, Dyer 992.
Impfung gg. Varizellen. Technik der Schutz-, Kling 969.
— in Bayern 1913. Schutzpocken-, Groth 991.
— Diabetes mellitus und, Ziffer 992, Voigt 1004.
Impfungen anläßl. d. Pockenfälle in Aarau. Verlauf d. Militär-, Remund 992.
Indikanbestimmung im Harn. Quantitative, Natonek 697.
Indikanreaktion. Neue, Jolles 697.
Inneren Sekretion a. d. Haut u. deren Adnexe. Einfluß der, Cedercreutz 824.
Internsekrete u. dermatolog. Affektionen, Morris 824.
Ionisierungsverfahren b. vener. Erkrankgn., Savill 733.
Iritis u. Arthigon, Kreibich 732.

*Lucien Jacquet †, Bloch 745.
Jod b. akuter u. chron. Blennorrhagie. Kolloidales, Beyler 757.
— im Urin. Nachweis von, Ehrmann 691.
Jods. Therapeut. Wirkg. des, Jobling u. Petersen 851.
— Unterschiede i. d. Ausscheidg. u. Ausnutzung des, Moos 852.
Joddämpfe b. Blennorrhoe. Odstrčil 738.
Joddarreichung b. Hg.-Anwendung am Auge. Gefährlichkeit der innerlichen, Grumme 853.

Digitized by Google

Jodeiweißpräparat Testijodyl 853.
Jodkalium. Wirkung d. gelben Hg.-oxydsalbe im Konjunktivalsack b. inn. Darreichg. von, Daneff 1152.
Jodkuren dch. Kalkabgaben. Vermeidg. der Nebenwirkungen bei Brom- und, Frey 852.
Jodtherapie. Intravenöse, Klemperer 852.
Jodismus ein Gumma d. Augenlides vortäuschend. Knoten-, Stephenson 932.
Jodoforminjektionen b. Lepra. Intravenöse, Courtney 1009.
Johns Hopkins Hospital 698.
Jucken s. Koprajucken.
Juden. Nichtsyphilit. Arteriitis obliterans bei, Weber 1110.

Kalkariurie d. Kinder 694.
Kampfer i. d. Dermatologie. Synthetischer, Kaufmann 726.
Kaninchens u. ihre frühzeitige Erkennung. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des, Paul 988.
Kaninchenauges. Experim. Lepra des, Stanziale 730, 1007.
Kankroid. Kraurosis und, Teuffel 717.
Kankroiden. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen bei, Gunsett 840.
Kapselarbeiterinnen. Nagelveränderg. b. Patronen- und, Oppenheim 924.
Karzinom, Tbc. u. Syphilis bei einem Individuum, Kellert 1081.
- s. Melanokarzinom, Krebs.
Karzinoma vulvae. Radium bei, Olion 717.
Karzinomdiagnose. Urinprobe f. Sarkom- und, Klein u. Walker 671.
Kaviblentherapie, Sommer 720.
Keratoderma. Allgem. kongenitales, Burns 748.
Keratohyalin, Kreibich 729.
Keratose s. Arsen-, Röntgenstrahlenkeratose.
Kerion Celsi dch. Mikrosporon Audouini, Lewandowsky 1154.
Kharsivan 722.
Kindesalter s. Blennorrhoe, Hauttuberkulide, Kalkariurie, Lupus, Pellagra, Pemphigus, Pyelozystitis, Skorbut, Tuberkulinreaktion, Vulvovaginitis.
Kohlensäureschnee. Bhdlg. mit, Novotný 853.
- b. Naevus angiomatosus, Ledo 750.
- b. gr. vegetierender Warze, Ledo 750.
Komplementbindung b. Variola, Klein 990, Kouschegg 990 (Bis).
- b. parasitären Hautkrankheiten, Kolmer u. Strickler 831.
- s. Wassermannsche Reaktion.
Konjunktivitis. Metastatische blennorrhoische, Manolescu 731.
— blennorrhoica. Äthylhydrokuprein bei, Puscariu 731, 732.
Kopfes u. d. l. Augenlider. Alopecia areata des, Dore 866.
— u. Stammes. Favus des, Sequeira 1110.
Kopfhaare aus unbekannter Ursache. Wachstumsstillstand der, Little 866.
Kopfhaut. Tinea trichophytica der, Botelli 871.
— b. Erwachsenen. Tinea Mikrosporon der behaarten, Oliver 984, Kulturen davon, Sequeira u. Oliver 1110.
Kopra-Jucken. Akarus bei, Whitfield 1107.
Koprastaub. Akute Dermatitis durch, MacLeod 984.
Kosmetik, Saalfeld 1157.
— u. Anatomie, Saalfeld 836.
— Seife, Creme u. Puder in der, Damman 856.
Kosmetische Rücksichten i. d. operat. Chirurgie, Sternberg 1034.
Kraurosis u. Kankroid, Teuffel 717.
Krebskonferenz. IV. internationale, 826.
Krieg, Prostitution u. Geschlechtskrankheiten, Pasini 869, Neisser 928.
— Sexualpädagogik im Frieden und Krankheitsverhütung im, Touton 1034.
— Dermatolog. Erfahrgn. im, Krzysztalowicz u. Walkowski 1033.
— s. Geschlechtskrankheiten, Hautkrankheiten, Parasitäre Hautkrankheiten, Röntgenstrahlen, Sommerhautkrankheiten, Urologie, Urologisches.
Kriegsaphorismen eines Dermatologen, Unna 1026.
Kriegsdermatosen. Bhdlg. der, Bruck 905.
Kriegsseuche. Pocken als, Friedberger 969.
Kriegsseuchen. Epidemiologie der, Reisinger 965.
Kupferbehandlung der Tuberkulose u. Chemotherapie, Strauß 1029.
Kupfersalvarsan. Intraven. Bhdlg. des Lupus mit, Fabry 1031.

Läuse. Bekämpfg. des Fleckfiebers u. der, Mense 968.
Läuseplage. Bekämpfg. der, Hoffmann 726, Dreuw 895.
Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Joseph 895.

Digitized by Google

Lepra, Brien 1006.
— in Amerika 1162.
— in Tunis, Eichmüller 1006.
— Tuberkulose und, Lie 1006, Deycke 1157.
— universalis. Pathol.-anatom. Beobachtungen über, Fambri 1007.
— Bakteriologie der, Johnston 1008.
— kontagiös? Ist die, Sauton 1007, Audry 1007.
— d. Kaninchenauges. Experimentelle, Stanziale 730, 1007.
— Autohämotherapie der, Cavazzoni 1008.
— Intravenöse Jodoforminjektionen bei, Courtney 1009.
— Nastin bei, Scott 1008.
Leprabazillus. Wirkung des Radiums a. den, Verteuil 1008.
Lepraheim in Memel 674.
Leprakranke zu sorgen u. sie zu kontrollieren. Pflicht der Regierung für, Dyer 1006.
Leprosorium in Illinois 674.
Leprosoriums. Notwendigkeit d. Errichtg. e. staatlichen, Rucker 1006.
Leprosorien in Amerika 674.
Leukämie. Hautveränderungen b. lymphatischer, Kreibich 1024.
Leukämisch s. Lymphomatose.
Leukozyteneinschlüsse, Döhlesche 939.
Levurinose s. Fluor albus.
Lichen planus, Heath 1110.
— — Miliarer, Pels 653.
— — v. ungewöhnl. Chronizität, Sequeira 895.
— — atrophicus s. sclerosus, s. morphoeicus, Stowers 1131.
— — circinatus et atrophicus, Eddowes 1132.
— — hypertrophicus m. Exkoriationen, Dore 866.
— — lineāris, Little 1132.
*— ruber planus. Histolog. Untersuchgn. an mit Arsen behandeltem, Hodara 699.
— — — Blasen bei, Tamm 1023.
— — acuminatus universalis m. Erythrodermia exfoliativa, Werther 1024.
— sclerosus u. Sclerodermia circumscripta, Bizzozero 1152.
— scrophulosorum b. Erwachsenen, Adamson 1108.
— spinulosus, Little 868.
— — u. Folliculitis decalvans, Dore 1132.
*Lichenformen. Z. Kenntnis der, Born 643.
Licht s. Ultraviolettes, Blau-, Quarzlampenlicht.
Lichttherapie. Gegenwtg. Stand der, Peyri 839.
Lider. Alopecia areata d. Kopfes u. d. l. Augen-, Dore 866.
Lupus. Geschwulstartige Form des, Fischer 725.
— b. Kindern, Barber 1031.
— Tuberkelbazillen-Partialantigene bei, Adam 1030.
— Friedmannsches Mittel bei, Starke 1031.
— m. Kupfersalvarsan. Intraven. Bhdlg des, Fabry 1031.
— Modifik. d. Technik d. Photo-Radiotherapie des, Milani 1029, 1030.
— Ulsanin b. Gesichts- und Nasen-, Leonhard 1032.
Lupus erythematodes, Pernet 867.
— — (?) Erythema pernio, Sibley 865.
— — d. Finger u. L. pernio d. Nase, Abraham 866.
— — Blutbild b. chron. u. akutem, Spiethoff 729.
— — diffusus ohne Erfolg m. Tuberkulin bhdlt., Ravogli 748.
— erythemato-tuberculosus. Skarifikationen u. Pyrogallussäure bei, Gimeno 751.
*— follicularis disseminatus, Nobl 1163.
— nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am l. Beine u. Fuße Trombadore 1156.
— pernio d. Nase. Lupus erythematosus d. Finger und, Abraham 866.
— tuberculosus. Heliotherapie u. Aurum-Kalium cyanatum bei, Aja 751.
— — Payrsche Operation bei, Aja 752.
— — Finsentherapie bei, Azúa 1030.
— vulgaris. Neue Bhdlgsmethode für, Heidingsfeld 1031.
Lupusbehandlung. Moderne Methoden der, Alexander 1030.
Lymphadenom m. Hautläsionen, Sibley 689, 868.
Lymphomatose b. paroxysmaler Hämoglobinurie. Leukämische, Gáli 697.

Maculae caeruleae b. Typhus exanthematicus, Kreibich 966.
Madura-Fuß, Semon 1130.
Maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität, Rondoni 901.
Maisextrakte. Überempfindlichkeit d. Pellagrakranken für die, Volpino 901.
Maiskost b. Gesunden u. Pellagrakranken, Albertoni u. Tullio 901.
Malaria. Hauterscheinungen bei, Chimisso 823.

Digitized by Google

Masern. Statistik der, Neumann 938.
- Latenzstadium der, Löwenberg 962.
— Säuglings-, Lichtenstein 963, Steinschneider 963.
— Prophylaxe der, Ruhräh 963.
- Vorteile u. Nachteile v. Quarantänespitälern wegen, Graham 964.
- Methode von Milne bei, 942, 943.
Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität maisernährter. Rondoni 901.
- Inokulation normal. u. syphil. Gewebe auf, Campana 1156.
Melanokarzinom s. Schweißdrüsenmelanokarzinom.
Meningitis. Exanthem b. Meningokokken-, Gruber 964.
- cerebrospinalis m. bes. Berücksichtgg. d. Herpes. Hauterscheinungen bei, Scherber 1152.
Mercurialis s. Stomatitis.
Merkuriellen Ursprungs. Skarlatiniformes Erythem, Grado 749.
Mikrosporon Audouini. Kerion Celsi durch, Lewandowsky 1154.
Mikrosporonarten in Hamburg. Trichophyton- und, Lewandowsky 1154.
Milienartige Gebilde b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Sakaguchi 1154.
Militärarzt. Zwei therap. Erfordernisse für den, Ullmann 1034.
Mineralwässer b. Hautkrankheiten, Jourdanet 838.
Mineralwasserbehandlung d. squamösen Dermatosen, Peyri 838.
Möller-Barlowsche Krankheit 921.
Molluscum contagiosum. Macleod 688.
Morbilloid, Wick 963.
Morphiuminjektionen. Blaufärbung d. Haut dch. subkutane, Weber 1131.
Morphoea, Pernet 1131.
— guttata, Bunch 690.
Mundschleimhaut s. Tuberkulose.
Mundschleimhautentzündungen, Williger 929.
Mykosis fungoides, Covisa 753.
- — nach Röntgenbehandlung, Little 1130.
Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend. Chron. Thyreoiditis u. abortives, Massary 1173.
Myzetoma pedis, Semon 1155.

Naevus anaemicus, Nanta u. Lavau 869, Vörner 1153.
- angiomatosus. Kohlensäureschnee bei, Ledo 750.
- epitheliomatosus sebaceus capitis, Friboes 727.
Naevus linearis, Corlett 895.
— — b. Mutter u. Kind, Samuel 1108.
— s. Schweißdrüsennävus.
Nävustumoren. Pigmentierte, Mariani 870.
Nagels. Verhornung des, Martinotti 803.
— Bhdlg. des eingewachsenen, Loewe 925.
Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente Ätznatronwirkg. a. die, Oppenheim 924.
Nagelkrankheiten. Seltene, Strandberg 726.
Nagelveränderungen b. Kapsel- u. Patronenarbeiterinnen, Oppenheim 924.
Narben. Altersbestimmung von, Marchand 833.
— s. Hautnarben.
Narbenschmerzen b. Durchschüssen v. Hand u. Fuß. Zirkumskripte, Deutsch 1033.
Nase s. Lupus, Lupus pernio.
Nastin s. Lepra.
Neger s. Syphilis I A.
*Nekrolog für Lucien Jacquet, Bloch 745.
*— — Paul Ehrlich, Delbanco 907.
*— — Felix Martin Oberländer, Posner 1061.
Neokharsivan 722.

Neosalvarsan.

(Siehe auch Syphilis I L.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Verändergn. d. Spinalflüssigkeit nach, Biach, Kerl u. Kahler 832.
— a. d. Speichelsekretion. Einfluß des, Obregia u. Popea 878.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. verschiedenen Krankheiten, Branden u. Dubois 878.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsan b. Luftabschluß u. -zutritt. Zubereitung von, Mistiaen 878.
*Neosalvarsananwendung. Technik der, Stern 1040.
Neosolvarsaninjektionen. Konzentrierte, Martinotti 878, Le Dámany 878.
*— Konzentrierte Salvarsannatrium- und, Schumacher 860.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan a. d. Haut. Ungewöhnl. Wirkg. von, Sheldon 878.

Digitized by Google

Nephritis chron. dolorosa ohne Harnbefund, Misch 772.
-- Moderne Bhdlg. der chronischen, Berlin 873.
Nervensystems a. d. Pigmentgehalt d. Haut. Einfluß des, Nehl 805.
— b. profess. Dermatitiden. Rolle des, Jourdanet 822.
Nervöser Art in der Epidermis d. Menschen. Zellen, Häggquist 802.
Neubildungen. Fulgurationsbhdlg. gewisser, Tyler 799.
-- s. Gewächs, Geschwulst, Tumor.
Neugeborene s. Blennorrhoe, Ophthalmie.
Neurodermitis nodulosa, Fabry 728.
- Großknotige Form der, 728.
- verrucosa, Kreibich 729.
Neurotische Exkoriationen. Akne urticata u. andere, Adamson 688.
Niere. Hypoplast. Becken-, Schramm 657.
-- Selbstausschaltung der, Bürger 872.
Nierenbecken, Bakteriensteine im, Bornemann 665.
Nierenbeckenmißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Niereninfektion. Harnstauung und, Hartung 670.
Nierenmißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Nierenstein. Riesen-, Grave 666.
Nierensteins. Nierentbc. in Form eines, Terrier 665.
Nierensteinbildung im dilat. Nierenbecken. Hypoplast. Beckenniere mit, Schramm 657.
Nierentuberkulose in Form e. Nierensteins, Terrier 665.
Nierenzysten, Paus 664.
Novarsenobenzol Billon 722.

*Felix Martin Oberländer †, Posner 1061.
Ödem. Angioneurotisches, Munger 879.
— Paroxysmales angioneurotisches, Roth 880.
Ödems. Pathologie des, Heß u. Müller 879 (Bis).
-- Pathogenese d. Quinckeschen, Neuda 880.
Onychomykosis saccharomycetica, Bourgeois 1023.
Ophthalmie d. Neugeborenen. Bhdlg. der blennorrhoischen, Klébansky 721.
-- Prognose d. blennorrhoischen, Hirschberg 731.
Ophthalmia neonatorum. Prophylaxe u. Bhdlg. der, Brav 721.
Orientbeule(n), Pulvermacher 1126, Abraham 1130.
Osteopathien. Blennorrhagische, Gangolphe 735, Bertein 735.
Ovariums. Anomalie d. Arterie u. Vene des, Bonn 775.

Papillom nach einer bullösen Eruption. Chronisch-septisches, Little 1129.
Papillomen. Hochfrequenzbehandlung von, Lohnstein 772.
Parakeratosis variegata, Barber 894.
Parapsoriasis vereinend. Pityriasis lichenoides chron., die 3 Typen der, Werther 727.
— en plaques, Little 868.
Parasitären Hautkrankheiten. Komplementbindung bei, Kolmer u. Strickler 831.
Parasitärer Hautkrankheiten im Heere. Bekämpfg. der vener. u. einiger, Sachs 810.
Patronenarbeiterinnen. Nagelveränderungen b. Kapsel- und, Oppenheim 924.
Pelade s. Pseudopelade.
Pellagra (?) Little 1132.
— Klin. Beobachtgn. u. experim. Untersuchgn. über, Cesa-Bianchi 900.
— m. Addisonschem Symptomenkomplex, Bertelli 900, Rubinato 900 (Bis).
— Dermatitis der, Frazer 749.
— Schilddrüse bei, Beeson 900.
-- d. Kinder, Franchetti 897.
— in Antigua, McDonald 897.
— in Beßarabien, Tizzoni 897.
— in England b. e. kl. Kinde, Box 897.
— in Italien. Erforschung der, 786.
— in Minnesota, Brengle 897.
— in Nordamerika. Anwachsen der, 842.
- Ätiologie der, Rühl 898, Perroncito 899, Carbone u. Cazzamalli 900.
— Ätiologie u. Pathogenese der, Alessandrini u. Scala 898 (Bis).
-- auf Affen. Übertragung von, Lavinder, Francis, Grimm u. Lorenz 902.
— im Lichte d. Vitaminlehre. Prophylaxe u. Therapie der, Funk 903.
— Bhdlg. der, Voegtlin 903.
Pellagrae. Hauptcharaktere des Streptobacillus, Tizzoni u. Angelis 898.
— Bedeutg. u. Wichtigkeit d. Pleomorphismus b. d. Identifizierung u. Klassifizierung des, Tizzoni u. Angelis 902.
Pellagröser. Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum, Rondoni 901.
Pellagrakommission. Weitere Beobachtgn. der Thompson-McFaddenschen, Siler, Garrison u. MacNeel 898.
Pellagrakonferenz in Columbia 842.
-- III. nationale, 970.

Digitized by Google

Pellagrakranken. Die Maiskost bei Gesunden und, Albertoni u. Tullio 901.
— f. d. Maisextrakte. Überempfindlichkeit der, Volpino 901.
— Isolysine u. antitrypt. Vermögen des Blutserums der, Delisi 901.
— Abderhaldensche Reaktion bei, Babes u. Jonesco 901.
Pellagrakranker. Zeinolytische Fermente im Blut, Nitzesco 901.
Pellagrogenin. Diagnost. Wert des, Volpino 902.
Pellidol 837.
Pemphigoide Eruptionen, MacLeod 1111.
Pemphigus b. e. Kinde, Scholefield 1129.
— foliaceus. Klinik u. Pathologie des, Fabry 728.
— vegetans, Pringle 866, 1128.
Pest. Elektrargol bei Pocken und, Denman 991.
Phlegmone verwundeter Soldaten. Bhdlg. der, 698.
Phosphaturie, Tanberg 698.
Phototherapie d. Lupus. Modifikat. d. Technik der Radio-, Milani 1029, 1030.
Pigmentgehalt d. Haut. Einfluß d. Nervensystems a. den, Nehl 805.
Pigmentation z. Diagnose. Universelle, Nixon 1130.
— s. Arsenpigmentation.
*Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in d. Nebennierengegend. Diffuse, Fischer u. Leschcziner 1115.
Pikrinsäure b. Verbrennungen u. Hautkrankheiten, Heusner 926.
— Gelbfärbung d. Haut durch, Pernet 1109.
Pilze d. Menschen. Parasitäre, Bodin 806.
— s. Hautpilze.
Pilzerkrankungen. Afrikanische, Joyeux 809.
Pirquetsche Reaktion s. Tuberkulinreaktion.
Pityriasis lichenoides chronica, Cohn 730.
— — — die 3 Typen d. Parapsoriasis vereinend, Werther 727.
— rosea, Little 868.
— rubra pilaris, Sequeira 1132.
— rubra pilaris b. e. Schwangeren. Barber 867.
Plasmazellen. Herkunft der, Unna 805.
Pocken Hlava 986.
— Persönl. Erlebnisse mit, Volland 969.
— als Kriegsseuche, Friedberger 969.
— im Rachen u. i. d. oberen Luftwegen. Primäres Auftreten der, Walko 989.
— Flecktyphus und, Reisinger 965.
Pocken u. pockenähnl. akute Exantheme in den Tropen, Mense 969.
— Blutbild bei, Fischer 990.
— u. d. Vakzine. Hämatologie der, Schatzmann 989.
— Komplementbindung bei, Klein 990, Kouschegg 990 (Bis).
— Theorie u. Praxis der, Schmidt 969.
— Diagnose der, Risel 970, Jochmann 987.
— Differentialdiagnose der Varizellen und, Paul 988.
— Diagnose u. Therapie der, Jochmann 987, Morawetz 988.
— u. Pockenbekämpfung Paul 988.
— Bhdlg. der, Volland 991.
— Elektrargol bei Pest und, Denman 991.
— Finsenbhdlg. bei, Würtzen 991.
Pockenähnliche akute Exantheme in den Tropen. Pocken und, Mense 969.
Pockenbekämpfung. Pocken und, Paul 988.
Pockenerreger. Reinzüchtung des, Seiffert 989.
Pockenfälle in Aarau. Verlauf d. Militärimpfungen anläßl. der, Remund 992.
Pockenimpfung bei Affen, Ashburn, Vedder u. Gentry 988.
Pockennarbenbehandlung, Unna jr. 991.
Pockenprozeß Spohr-Bachem. Bemerkgn. zum, Neißer 970.
Pockenverdächtige Erkrankungen in Rabaul 1914, Kersten 969.
Pompholyx, Walsh 1128.
— s. Akropompholyx.
Präkanzeröse Bowensche Dermatose, Darier 868.
Primula obconica. Giftwirkungen von, Rost 855.
Professionellen Dermatitiden. Rolle des Nervensystems bei, Jourdanet 822.
Prostatektomie unter lokaler Narkose. Lamphear 777.
Prostituierten. Nutzen d. Reglementierung der, Müller 820.
— in Paris 1912. Ärztl. Überwachung der, Butte 820.
— Kindheit der, Schneider 1133.
Prostitution in Europa, McMurtrie 820.
— u. vener. Krankheiten, Bierhoff 820.
— aufgehoben werden? Soll die gesundheitl. Überwachung der, Rosenstein 820.
— u. Geschlechtskrankheiten. Krieg, Pasini 869, Neißer 928.
Prostitutionswesens. Neue Organisation des, Sarason 657.
Protargolsalbe. Zehnprozentige, Reißmann 853.
Pseudopelade Brocq 774.

Digitized by Google

Pseudoxanthomzellen dch. Zylinderepithelschichten. Durchbruch von, Krompecher 806.
Psoriasis gebräuchl. Medikamente. Keimtötende Wirkg. gew. bei, Schamberg, Kolmer u. Raizies 653.
Puder, Seife u. Creme i. d. Kosmetik, Damman 856.
Purpura. Intestinales Fieber mit, Bruce 904.
— Septikämische, Brodribb 904.
— Experimentelle, Ledingham u. Bedson 904.
— b. Tieren dch. Antiblutplättchenserum. Experim. Erzeugg. von, Ledingham 921.
— annularis teleangiectodes, MacKee 656, 747 (Bis).
— ecchymotica v. seltener Lokalisation, Aja 753.
— haemorrhagica, Parker 903.
— m. hämorrh. Blasen, Lindvall 904.
— recidivans orthostatica, Aja 753.
Pustula maligna, Blumenthal 1127.
Pyelitis, Frankau 667.
— Operat. Bhdlg. d. chron. rezidiv. Koli-, Lichtenberg 657.
Pyelographie. Gegenwtg. Stand der, Keene u. Pancoast 666.
— Kollargol bei, Crowell 667.
— Wirkgn. d. Kollargols bei, Eisendrath 667.
Pyelonephritis dch. Gonokokken, Gayet 737.
Pyelozystitis im Kindesalter. Ätiologie u. Diagnose der, Stiner 667.
Pyodermite végétante, Heath 1127.
*Pyrogallolvergiftung. Prophylaxe der, Bockhart 859.

Quarzlampenlichtes. Biolog. Wirkg. des, Carl 842.
Quecksilbers a. d. Lungen. Einfluß des, Ricker u. Hesse 854.
— Ausscheidg. des, Záhoř 854.
Quecksilberanwendung am Auge. Gefährlichkeit d. innerl. Joddarreichg. bei, Grumme 853.
Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack b. innerer Darreichg. v. J.-K. Wirkung der gelben, Daneff 1152.
Quecksilberresorption. Negat. Spirochätenbefund in e. syph. Schanker dch. professionelle, Lomholt 1153.
Quecksilbervergiftung. Akute, Morlot u. Zuber 855.
— Nicht gewerbliche chronische, Friedmann 855.
Rachen s. Pocken.
Radiotherapie d. Lupus. Modifik. d. Technik der Photo-, Milani 1029, 1030.
Radium i. d. Dermatologie. Simpson 841, Holding 841.
— u. Röntgenstrahlen i. d. Strahlentherapie, Newcomer 841.
— b. Carcinoma vulvae, Olion 717.
— a. d. Leprabazillus. Wirkung des, Verteuil 1008.
— b. Röntgenstrahlenkeratosen, Tonsey 927.
Radiumbehandlung 1134.
— Theorie u. Technik e. neuen, Stevenson 842.
— in „The R. Infirmary" in Edinburgh. Turner 842.
Radiumbestrahlung. Rotationsapparat für, Weckowski 841.
— Allgem. Exanthem nach lokaler, Heinecke 927.
Radiuminstitut in London, Pinck 841.
Radiumtherapie in St. Joachimsthal. Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für, Dautwitz 1134.
Raynaudsche Krankheit. Asymmetrische, Montgomery u. Culver 656.
Raynaudschem Symptomenkomplex. Erythromelalgie mit, Radenčio 897.
Raynaudsches Syndrom, Achard 879.
*Reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt d. Gonokokken. Einfluß, Schuhmacher 1035, 1054.
Reglementierung der Prostituierten. Nutzen der, Müller 820.
Rekurrierende Eruption d. Nates u. Oberschenkel, Dore 1129.
Renale u. perirenale Eiterungen u. Hauteiterungen, Martelli 690.
Resorzinvergiftung b. äußerer Applikation, Kyrle 1151.
Rheumatoide. Dysenterische, Singer 880.
Rhinosklerombazillen. Produktion v. Antikörpern b. Versuchstieren durch, Stanziale 809.
Rhus toxicodendron. Giftwirkungen von, Rost 855.
Ringersche Lösung 880.
Ringworm d. Hand, MacLeod 868.
Röntgenaufnahme u. -durchleuchtung. Kompendium der, Dessauer u. Wiesner 985.
Röntgenbehandlung. Mykosis fungoides nach, Little 1130.
Röntgenbestrahlung. Persistierendes Geschwür nach, Pernet 1109.
Röntgenbild. Variköser Symptomenkomplex und, J. u. E. Kottmaier 1024.

Digitized by Google

Röntgendurchleuchtung u. -aufnahme. Kompendium der, Dessauer u. Wiesner 985.
Röntgenstrahlen i. d. Dermatologie, Meyer 839.
— u. Radium i. d. Strahlentherapie, Newcomer 841.
— Dosierung der, Stern 840, Gunsett 840.
— Alopezie b. Kindern inf. Überdosierung von, Stowers 1106.
— b. Kankroiden u. Hypertrichose. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter, Gunsett 840.
— u. Distraktionsklammerverfahren im Kriege, Hackenbruch u. Berger 986.
Röntgenstrahlenkeratosen. Radium bei, Tonsey 927.
Röntgentherapie b. einigen infiltrativen Hauterkrankungen. Nah- u. Fernresultate der, Pasini 830.
Rückfallfieber. Fleckfieber und, Mühlens 965.
Runguswirkung. Dermatitis venenata als Folge von, Hornsey 924.

Saccharometerfrage. Zur, Lohnstein 715 (Bis).
Saccharomycetica s. Onychomykosis.
Säugling s. Blennorrhoe, Masern.
Salping-Oophoritiden. Intrauterine Inj. v. Argentamin b. chron. blennorrhoischen, Mussatow 733.

Salvarsan.

(Siehe auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan. Herstellung von, 1090.
— in Dairen. Herstellung des, 786.
— Neurotrope Wirkg. des, Löwy 876.

II. Therapie.

Salvarsan. Chemotherapeut. Versuche mit, Baum u. Herrenheiser 858.
— b. nichtsyphilit. Erkrankgn., Best 856, 857.
— b. Scharlach, Lenzmann 945, Glaser 961.
— b. Tropenkrankheiten, Seyffert 857, Grothusen 858.
— s. Kupfersalvarsan.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsan in saurer Lösung, Törrenson 858.
*Salvarsanapplikation. Einfache Methode der, Schumacher 919, 997.
Salvarsaninjektionen. Konzentrierte, Martinotti 878.
*Salvarsannatriuminjektionen. Konzentrierte Neosalvarsan- und, Schumacher 860.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Neurotrope Wirkg. des, Löwy 876.
— b. e. Nichtluetischen. Todesfall dch. akute Arsenvergiftg. nach, Lube 876.
Salvarsanintoxikation, Ullmann 876.
Salvarsanschädigung, Stümpke 876.
Neurorezidive. s. Syphilis I. J.
Samenstranges. Hydrozele des, Lockwod 714.
Sarkom s. Hautsarkom.
Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex m. Knochenaffektion, Rasch 1153.
— s. Akrosarkoma.
Sarkomdiagnose. Urinprobe f. Karzinom- und, Klein u. Walker 671.
Sauerstoff i. d. lebendigen Substanz. Reserve-, Verworn 803.
Sauerstofforte u. Reduktionsorte, Unna 661.
Schanker am Anus. Weicher, Covisa 752.
Scharlach. Klin. Diagnostik bei, Tillgren 939.
— Nachkrankheiten des, Mössmer 939.
— Erkrankg. d. Nebennieren beim, Dutoit 939.
— Ätiologie des, Bertarelli 939.
— Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei, Rehder 939.
— Spindelbazillen i. d. Pathologie des, Klimenko 939.
— Schwankungen d. Serumkonzentration bei, Kaiser u. Löwy 941.
— Bhdlg. des, Preisich 943, Calhoun u. Brady u. Gudgel 945, Becken 961.
— Gibt es eine erfolgreiche Bhdlg. des, Koch 942.
— Diät beim, Brückner 942.
— Methode v. Milne bei, 942, 943, Schultze u. Goldberger 942.
— Salvarsan bei, Lenzmann 945, Glaser 961.
— Humanserum u. Serumlipoide bei, Schulz 941.
— Vakzine bei, Schultze u. Goldberger 942, Kiefer u. Ferry 942.
Scharlachähnliche Eruptionen b. aseptischen Zuständen, Willson 825.
Scharlachstatistik, Barasch 938, Neumann 938.
Scharlachrotsalbe 837.

Digitized by Google

Schilddrüse u. Haut. Alterationen der, Mattioli 830.
Schönheitsmitteln. Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von, Robinson 674.
*Schüssen. Kontralaterale Alopezie nach Kopf-, Knack 811, 1060, Klausner 995, 1161.
— v. Hand u. Fuß. Zirkumskripte Narbenschmerzen bei Durch-, Deutsch 1033.
Schußverletzung eines Nerven. Herpes zoster nach, Tschermak 1025.
*— in der Nebennierengegend. Diffuse Pigmentierung der Haut nach, Fischer u. Leschcziner 1115.
Schwangere s. Pityriasis rubra pilaris.
Schwangerschaftsdermatose m. Ringerscher Lösung. Heilung einer, Roos 880.
*Schweigepflicht gegenüb. Geschlechtskranken. Gewissenszweifel in Fragen der, Lieske 1119.
Schweißdrüsenmelanokarzinom 1155.
Schweißdrüsennävus 1155.
Schweißdrüsentumoren, Alderton u. Turnbull 1155.
Seife, Creme u. Puder in der Kosmetik, Damman 856.
— s. Afridolseife.
Septikämisch s. Purpura.
Septischen Zuständen. Scharlachähnliche Eruptionen bei, Willson 825.
Serotherapie gew. Hautkrankheiten. Auto-, Hilario 651.
— s. Blennorrh. Erkrankgn., Arthritis.
Serum b. dermatolog. Erkrankgn. Auto-, Gottheil u. Sahnstein 838. Ravitch 839.
— gg. Urtikaria. Menschen-, Swann 881.
Serumexanthem n. Tetanusantitoxininjektion, Vogt 881.
Serumexantheme, Reiche 896.
Sexualpädagogik im Frieden u. Krankheitsverhütung im Kriege, Touton 1034.
Sexualwissenschaft. Ärztl. Gesellschaft für, 1010.
Sexuelle Verantwortlichkeit, Touton 1080.
— Verkehrtheiten b. e. Frau, McMurtrie 776.
*Simulationsfall v. Gesichtsulkus b. e. Hysterischen, Marx 883.
Simulium venustum 651, 652.
Skabies u. and. banalen Dermatosen. Staphylo- u. Streptokokken bei, Model 825.
Skarlatina s. Scharlach.
Skarlatiniform s. Erythem.
Sklerodaktylie, Weber 983.
— Generalisierte atrophische Sklerodermie mit, Weber 1108.
— Kongenitale Sklerodermie und, Cockayne 1131.
Sklerodermie, Sibley 894.
— m. Sklerodaktylie. Generalisierte atrophische, Weber 1108.
— u. Sklerodaktylie. Kongenitale, Cockayne 1131.
Sklerodermia circumscripta u. Lichen sclerosus, Bizzozero 1152.
Skorbut d. Kinder, Fraenkel 921.
Smegmabazillus, Brereton u. Smith, 809.
Sommereruption, Stebbing 1131.
Sommerhautkrankheiten im Felde, Saalfeld 1160.
Sonnenbestrahlung. Xeroderma pigmentosum inf. heftiger, Corlett 746.
Spermatozoen b. Sterilität. Wert d. Untersuchg. auf, Hübner 775.
Spinalflüssigkeit n. Neosalvarsan. Veränderg. der, Biach, Kerl u. Kahler 832.
Spiritus bei Hautkrankheiten, Hammer 856.
Squamösen Dermatosen. Mineralwasserbhdlg. der, Peyri 838.
Staphylokokken s. Skabies.
Staphylokokkenvakzine. Neue Anwendungsart der, Covisa u. Agustina 752.
— s. Furunkulose.
Stein s. Bakterien-, Nieren-, Ureter-, Zystinstein.
Sterilität. Wert d. Untersuchg. auf Spermatozoen bei, Hübner 775.
Stoffwechselerkrankungen, Lindemann 822.
Stomatitis. Exakte Diagnose blennorrhoischer, Stein 737.
— mercurialis, Brodfeld 854.
Streptobazillus pellagrae 808, 902.
Streptokokken s. Skabies.
Striae atrophicae. Akute, Evans 1130.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

China. Syph. in, Reed 1033.
Ehe. Syph. und, Ledermann 1047.
Extragenitale Primäraffektionen. Seltenere, Gußmann 1064.
— Syphilisinfektion, Heinemann 1065.
Extragenitalen Infektion. Prognose der, Jean u. Else Kottmaier 729.
Familie. Syph. in einer, Forns 751.

Digitized by Google

Finger. Primärsyphilid am, Gilmour 1065.
Gaumen. Syph. Primärsklerose am harten, Björling 725.
Handgelenk. Primäraffekt am, Pernet 1131.
Operative Inokulation e. syph. Schankers, Aja 750.
Tonsille. Diff.-Diagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der, Lévy 1064.
Zahnfleisches. Syph. Schanker des, Grado 751.

Familienmitgliedern v. Paralytikern. Syphilit. Infektion bei, Haskell 1050.
Geschichtlichen Syphilisforschung. Heutiger Stand der, Schöppler 1032.
Häufigkeit d. Syphilis, Le Noir 1033.
Latenzperioden b. Syphilis. Länge der serologischen, Almkvist 1152.
Lebensversicherung. Syphilis und, Schroeder 673.
Negern. Syph. b. d. amerikanischen, Hazen 1032.
Pathologie d. Syphilis. Fortschritte unserer Kenntnis der, Frühwald 799.
— Neuere Ergebnisse der Syphilis-, Frühwald 1081.
*Pseudoreinfektion n. Salvarsan-Quecksilber. Reinfektion oder, Tièche 1051.
*Reinfektion od. Pseudo-Reinfektion n. Salv.-Quecksilber, Tièche 1051.
— Syphilitische, Aahman 1065 (Bis).
— Zweimalige Abortivheilung d. Syph. bei, Hoffmann 1066.
Sklerosenresten n. komb. Hg-Salvarsankur, nebst Untersuchgn. üb. ihren Keimgehalt. Histologischer Bau von, Habermann 1023.
Syphilis. Unklarheiten i. d. Anschauungen über, Mapes 776.
Trauma u. chron. Infektionskrankheiten, Schepelmann 1049.
Tuberkulose. Syph. und, Sundt 1049.
— Karzinom u. Syph. b. einem Individuum, Kellert 1081.
Typen von Syphilis. Verschiedene, Robertson u. Klander 1081.

B. Ätiologie.

Schaudinns Entdeckung im April 1905, Neisser 1024.
Spirochaeta pallida in diffus. Licht b. Zimmertemperatur. Lebensfähigkeit der, Zinsser u. Hopkins 807.
— — dch. Tusche. Nachweis von, Walters 807.
— — Färbg. der, Rio 807.
— — a. d. Blute Syphiliskranker. Isolierung der, Hartwell 807.
Spirochaeta pallida. Kultur der, Sowade 808.
— — Reinzüchtung der, Kissmeyer 808.
Spirochaeten im System. Stellung der, Meirowsky 807.
— Primäraffekt u. Keratitis parenchym. b. Kaninchen dch. Reinkulturen v. Syphilis-, Schereschewsky 1063, Bedeutung dieses Befundes, Schieck 1086.
Spirochaetenbefund in e. syph. Schanker dch. prof. Hg-Resorption. Negativer, Lomholt 1153.

C. Experimentelle Syphilis.

Augensyphilis. Experim. Untersuchgn. über, Colombo 1085.
Kaninchen dch. Reinkulturen v. Syph.-Spirochaeten. Primäraffekt u. Keratitis parenchym. beim, Schereschewsky 1063, Bedeutg. dieses Befundes, Schieck 1086.
Meerschweinchen. Inokul. syph. Gewebe auf, Campana 1156.
*Neosalvarsan u. Salvarsan b. experim. Syphilis, Copelli 908.
*Salvarsan u. Neosalv. b. experim. Syphilis, Copelli 908.

D. Diagnostik.

Denken? Warum müssen wir immer an Syphilis, Spillmann 1032.
Diagnose d. Syphilis. Bedeutung d. sekund. Infektion für die, Corner 1081.
*Diagnostik in Blut u. Rückenmarksflüssigkeit. Lues-, Kafka 1091.
Differentialdiagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der Tonsille, Lévy 1064.
Kutanreaktion Noguchis b. Syphilis, Squires 712.
*Luetinreaktion, Kafka 1091.
Serologischen Latenzperioden b. Syphilis. Länge der, Almkvist 1152.
Tschernogubows. Bemerkungen zu einer Fußnote, Hecht 1024.
Tschernogubowsche Modifik. d. Wasserm. Reaktion, Nathan 1154.
Wassermannsche Reaktion. Spät n. d. Infektion auftretende, Jersild 1088.
*Wassermannschen Reaktion. Diagnost. Wert der, Bendig 1139.
— — Tschernogubowsche Modifik. der, Nathan 1154.

E. Syphilis der Eingeweide.

Bauchorgane u. Felddienstfähigkeit. Syphilit. Erkrankungen der, Hoppe-Seyler 1158.

Digitized by Google

Diabetes insipidus. Gummata bei, Sequeira 1109.
Gaumen. Syph. Primärsklerose am harten, Björling 725.
Gaumensegels. Enesol b. syphilit. Perforation des, Poyet u. Tarneaud 1087.
Inneren Organen. Häufigkeit d. Syph. in den, Weill 1113.
Leber, Syph. der, 1158.
— b. erworb. Syphilis, Brooks 1137.
Leberatrophie. Klinik u. Ätiologie der akuten gelben, Halberg 1138.
Lebersyphilis. Fieber bei, Hintze 1137.
— in Gestalt d. gewöhnl. Zirrhose, Chency 1137.
Lunge, Syph. d. Herzens u. der, Campana 1156.
Lungensyphilis eine Lungentbc. vortäuschend, Calver 1158.
Magens b. Lues. Erkrankungen des, Kleissel 1135.
Mastdarmstrikturen. Syphilitische, Schulze-Tigges 1136.
Nase u. d. Rachens. Latente u. tert. Syph. b. Erkrankgn. der, Borden 1087.
Nebennieren. Syphilis und, Sézary 1136.
Nephritis, Syphilitische, Stengel u. Austin 1136.
Nierenbeckensyphilis, Gottfried 1136.
Ösophagus. Syph. des, Wile 1114.
Rachens. Latente u. tertiäre Syph. b. Erkrankgn. d. Nase u. des, Borden 1087.
Thyreoiditis u. abortiv. Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend. Chronische, Massary 1173.
Tonsille. Diff.-Diagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der, Lévy 1064.
Vagina. Multiple Syphilome der, Cavagnis 870.
— Syphilis m. Primäraffekt in der, Nielsen 1174.
Vaginae et vulvae. Ulcus gummosum, Bollog 1174.
Vulvae. Ulcus gummosum vaginae et, Bollog 1174.
Zahnfleisches. Syph. Schanker des, Grado 751.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Atrophie n. e. sekund. Syphilid. Makulöse, Adamson 1108.
Gummata b. Diabetes insipidus, Sequeira 1109.
Hautlues. Ungewöhnliche, Cunningham 1086.
Herxheimersche Reaktion, Milian 858.
Leukoderma syphiliticum, Pasini 1087.
*Nabelgegend. Urachusfistel m. kondylomatöser Syph. der, Gappisch 827.
Phagedänische tertiäre Syphilis, Aja u. Artadi 752.
Pigmentaria. Syphilis, Grado 753.
Tertiäre Syphilis, Pernet 895.
— Ulzeration m. Salv. behandelt, Moore 1087.
Ulcus cruris syphil. u. syphil. Erkrankgn. d. Unterschenkelknochen, Zinsser 1133.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Antikörper im Serum Syphilitischer. Verschiedene, Porcelli-Titone 870.
Aorta. Syph. der, 1158.
Aortenerkrankung. Syphilitische, Hart 1173.
Aortitis bei metaluet. Erkrankgn. des N. S., Benthaus 1133.
— fibrosa u. zerebrospinale Syphilis. Borberg 1173.
Arteriitis cerebralis syphilitica. Primäre Hemichorea durch, Aja 1176.
*Blut u. Rückenmarksflüssigkeit. Lues-Diagnostik in, Kafka 1091.
Blute Syphiliskranker. Isolierung d. Spirochaeta pallida aus dem, Hartwell 807.
Blutes u. d. Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren b. syph. u. nicht-syph. Individuen. Gehalt des, Ellis, Cullen u. Slyke 1050.
Halsdrüsenschwellung. Enesol b. hartnäckiger, Poyet u. Tarneaud 1087.
Herzens u. d. Lunge. Syph. des, Campana 1156.
Herzläsionen. Bhdlg. von syphilitischen, Brocks u. Carrolls 1172.
Herzsyphilis, Callender 1159.
— Gummöse, Harbitz 1160.
Herzveränderungen b. metaluet. Erkrankungen des N. S., Benthaus 1133.
Myokarditis. Syphilitische, Rosenfeld 1159.
Zirkulationsorgane u. Felddienstfähigkeit. Syphilit. Erkrankgn. der, Hoppe-Seyler 1158.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Metatarsalgia syphilitica. Talalgia et, Forns 749.
Polyarthritis syphilitica acuta, Guszman 1113.
Schädelsyphilis m. großen Sequestern, Nicolas, Moutot u. Gaté 1113.

Digitized by Google

Talalgia et Metatarsalgia syphilitica, Forns 749.
Unterschenkelknochen. Ulcus cruris syphilit. u. syphilit. Erkrankgn. der, Zinsser 1133.
Wirbelsäule. Syph. der, Hunt 1113.

I. Syphilis des Nervensystems.

Aphasie als Folge v. Syphilis, Craig 1176.
Arteriitis cerebralis syphilitica. Primäre Hemichorea durch, Aja 1176.
Hemichorea dch. Arteriitis cerebralis syphilitica, Aja 1176.
Irrenanstalten. Syphilis b. Insassen von, Vedder u. Hough 1046.
Kopfschmerz. Syphilitischer, Hnátek 1174.
Meningen b. Syphilis. Affektionen der, Desneux, Dujardin u. Weill 1175.
Meningitiden. Syphilitische, Roger 1175.
Meningitisformen. Syphilitische, Nobécourt 1175.
Meningomyeloenzephalitis luetica m. Untersuchg. der Spinalflüssigkeit, Scheel 1176.
Metaluetischen Erkrankungen d. Nervensystems. Herzveränderungen u. Aortitis bei, Benthaus 1133.
Nervenkrankheiten im Lichte d. neueren Forschungsergebnisse. Therapie d. syphilogenen, Nonne 1177.
Nervensyphilis, Barbach 873.
Nervensystem. Syph. und, Nonne 874.
Nervensystems wd. des Primärstadiums. Beteiligung des, Wile u. Stokes 1063.
— Salvarsanserum b. Syph. des, Gradwohl 1177.
— Intrarachid. Injekt. b. Früh- u. Spätsyphilis des, Tzank 1177.
Nervöse Komplikationen b. Syph. d. Wirbelsäule, Hunt 1113.
Neurorezidive b. d. modernen Syph.-Behandlung. Abortivheilungen und, Werther 1177.
Paralyse u. Tabes dorsalis. Verhältnis d. Symptome d. Syph. zu, White 1046.
— Herzveränderungen u. Aortitis bei, Benthaus 1133.
— vortäuschend. Chron. Thyreoiditis u. abortiv. Myxödem b. e. Syphilitiker, progressive, Massary 1173.
Paralysefrage. Statist. Btrg. zur, Remertz 1133.
Paralytikern. Syphilit. Infektion b. Familienmitgliedern von, Haskell 1050.
Paraplegia syp. v. Erbschen Typus, Gimeno 752.
Polyneuritis syphilitica, Pinczower 730.
Pseudotabes hypophysacea, Kahlmeter 1173.
Psychische Seite d. Syphilis, Klotz 1047.
Sklerose auf syph. Grundlage. Multiple, Williams 714.
Tabes dorsalis u. Paralyse. Verhältnis d. Symptome d. Syphilis zu, White 1046.
— Pathogenese der, Sepp 1178.
Verbrechen. Kopftrauma u. Syph. als Ursache von, Glueck 1113.
Zentralnervensystems. Syph. des, Hagelstam 1174.
— Neosalvarsan u. Hg. b. Syph. des, Stephenson 1175.
— Nervus acustius b. Syph. des, Ellis u. Swift 1176.
Zerebrospinale Syphilis. Aortitis fibrosa und, Borberg 1173.
Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren b. syph. u. nicht syph. Individuen. Gehalt des Blutes u. der, Ellis, Cullen u. Slyke 1050.
*— Luesdiagnostik in Blut und, Kafka 1091.
— Meningomyeloenzephalitis luetica m. Untersuchg. der, Scheel 1176.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Acusticus b. Syph. des Zentralnervensystems. Nervus, Ellis u. Swift 1176.
Augenlides vortäuschend. Knotenjodismus, ein Gumma des, Stephenson 923.
Augensyphilis. Experim. Untersuchgn. über, Colombo 1085.
Kornea. Syph. der, Gradle 872.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortivheilung d. Syph. bei Reinfektion. Zweimalige, Hoffmann 1066.
Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syph.-Behandlung, Werther 1177.
*Argulan, ein neues organ. Hg-Präparat, Mentberger 931.
Behandlung. Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syphilis-, Werther 1177.
Diarsenal, Ersatzmittel f. Salvarsan 946.
Embarins. Toxische Nebenerscheinungen des, Pasini 851.
Embarinfrage. Zur, Renz 851.
Enesol b. syphilit. Perforation d. Gaumensegels u. hartnäckiger Halsdrüsenschwellung, Poyet u. Tarneaud 1087.
α-Joddihydroxypropan, Lüders, Emmert u. Better 1154.
Kalomel. Multiple Hämorrhagien nach. Favento 921.
Mineralwässer b. Syphilis, Jourdanet 838.

Digitized by Google

*Neosalvarsan u. Salvarsan b. experim. Syphilis, Copelli 908.
— u. Hg bei Syph. d. Zentralnervensystems, Stephenson 1175.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Neosalvarsan I—IV.
Quecksilber u. Salvarsan. Histolog. Bau v. Sklerosenresten nach, Habermann 1023.
*— — — Reinfektiön od. Pseudoreinfektion nach, Tièche 1051.
— u. Neosalvarsan b. Syph. d. Zentralnervensystems, Stephenson 1175.
Quecksilberpräparate. Wirkg. u. Resorption d. verschiedenen, Döhring 1153.
Quecksilberresorption. Negat. Spirochätenbefund in e. syph. Schanker dch. professionelle, Lomholt 1153.
Salvarsan b. Syphilis, Scholtz 726.
*Salvarsan u. Neosalv. b. experim. Syphilis, Copelli 908.
— u. Quecksilber. Histolog. Bau von Sklerosenresten nach, Habermann 1023.
*— — — Reinfektion od. Pseudoreinfektion nach, Tièche 1051.
— b. tertiärer Ulzeration, Moore 1087.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
Salvarsan-Ersatzmittel 930.
Salvarsannatrium, Wechselmann 877, Dreyfus 877.
Salvarsanserum b. Syph. des Nervensystems, Gradwohl 1177.
Toxynon b. Syphilis. Intraven. Injekt. von, Gutmann 879.
Ulcus molle od. Primäraffekt, eine therapeut. Betrachtung, Müller 1064.

II. Erbsyphilis.

Arterienerkrankungen b. heredit. Syphilis, Stoll 1082.
Diagnose d. Frühstadien d. heredit. Syphilis. Laboratoriumsuntersuchung zur, Grule 1082.
Embarin b. Lues congenita, Monti 1085.
Epiphyseolysis inf. angeb. Syphilis, Vas 1112.
Findelanstalt. Syph. und, Riether 1048.
Hämophilie u. heredit. Syphilis, Rille 1083.
Hereditäre Syphilis, Mapes 713, 776, Davis 1110.
— — b. e. Erwachsenen, Bang 1083.
Herzens u. d. Lunge. Syph. des, Campana 1156.
Hydrozephalus congenitus. Ätiologie des, Fragola 1174.
Immunitätsgesetze bei materner u. fötaler Lues. Infektions- und, Trinchese 1048.
Kindersterblichkeit dch. Erbsyphilis. Gegen die, Ehlers 1082.
Latente Syph. d. Kindes- u. Jünglingsalters 1082.
Leukoenzephalitiden b. Erbsyphilis, Pellegrini 1083.
Liquor cerebrospinalis b. älteren Heredosyphilitikern, Przedpelska 1082.
Lunge, Syph. d. Herzens u. der, Campana 1156.
Meningoenzephalitis b. e. Kinde. Luetische, Neurath 1176.
Nebenniere b. Syph. congenita, Simmonds 1083.
Nephritis interstitialis et parenchym. b. Erbsyphilis, Mochi 1157.
Ossea heredit. tarda. Syphilis, Riosalido 1084.
Paterne Vererbung d. Syphilis? Gibt es eine, Bruck 1048, 1049, Lesser 1049.
Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syph. b. e. 2j. Kinde, Dutsch 1157.
Pflegeheim f. erbsyph. Kinder, Groen 906.
Plazenta. Cholesteringehalt der, Cova 1173.
Pneumonia syphilitica u. Pericholangitis gummosa b. e. 2j. Kinde, Dutsch 1157.
Psychopathologie. Heredit. Syph. in bezug auf klin. Psychologie und, Haberman 1082.
Schwangeren syphil. Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis. Einfluß d. Bhdlg. der, Covisa 1081.
Skelettveränderungen b. kongenit. Syphilis, Löhe 1083.
Spätformen d. Syph. congenita, Aja 749.
*Therapie der kongenit. Lues, Hell 787.
— d. Lues congenita. Unzulängliche, Welde 1084.
Viszerale Spätsyphilis. Hereditäre, Bellizzi 1084.

Talgdrüse im Inneren d. Follikels. Kinnhaare m. einer, Giovannini 803.
Temperatursinne d. Haut d. Menschen. Histophysiol. Studien üb. die, Häggquist 803, 805.
Testijodyl, Lénard 853.
Therapie d. Haut- u. venerischen Krankheiten, Schäffer 1045.
Thermopenetration, Laqueur 849.
— i. d. Frauenheilkunde, Kelen 754.
Thigan, Saalfeld 878.
— ein äußerl. Antiblennorrhoikum, Stümpke 757.

Digitized by Google

Thukydides. Seuche des, Kanngiesser 965.
Tinea trichophytica d. Kopfhaut, Botelli 871.
-- Mikrosporon d. behaarten Kopfhaut b. Erwachsenen, Oliver 984, Kulturen davon Sequeira u. Oliver 1110.
Toxämien. Dermatosen bei, Ochs 821.
Transplantation. Retikulo-endothel. Zellapparat und, Soper 833.
— s. Hautverpflanzung, Fett-, Hauttransplantation.
Trauma u. chron. Infektionskrankheiten, Schepelmann 1049.
-- s. Hodenverlagerung.
Trichophytie in der Leistengegend, Windell 872.
*Trichophytinreaktion im Blutbild, Miescher 1011.
Trichophyton sudanense 809.
Trichophytonart m. faviformer Kultur. Neue, Brault u. Viguier 809.
Trichophytonarten in Hamburg. Mikrosporon- und, Lewandowsky 1154.
Trichotillomanie m. and. artef. Läsionen, Pernet 690.
— Martin 722.
Tripper. Azidität d. Harns bei, Regnauld u. Cottin 718.
— Heiratefähigkeit nach, Portner 718.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Tripperfäden weißen Fluß. Verursachen sterile, Orlowski 719.
Tropen. Pocken u. pockenähnliche akute Exantheme in den, Mense 969.
Tropenkrankheiten. Salvarsan bei, Seyffert 857, Grothusen 858.
Tropical Medicine. American Society of, 826.
Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus, Adam 1030.
Tuberkulid (?), Sibley 1107.
— s. Hauttuberkulid.
Tuberkulin erfolglos b. Lupus erythem. diffusus, Ravogli 748.
— Erythema induratum m. Überempfindlichkeit d. Haut gegen, Frumerie 1032.
Tuberkulinreaktion b. Kindern. Kutane u. perkutane, Monrad 1009.
— im Kindesalter. Pirquetsche, Pipping 1010.
Tuberkulose, Orthostatisch-lordotische Albuminurie und, Jagić 692, Wendenburg 692.
— als Boden f. Arthritis blennorrhagica, Tommasi 718.
-- Gemeinschaftl. Auftreten v. Erythema nodosum und, Foerster 938.
-- u. Lepra, Lie 1006, Deycke 1157.
Tuberkulose, Syphilis und, Sundt 1049.
— Karzinom u. Syphilis b. einem Individuum, Kellert 1081.
— d. Mundschleimhaut u. d. Zahnfleisches. Therapie der, Tiedemann 1028.
— u. Chemotherapie. Kupferbhdlg. der, Strauß 1029.
— s. Haut-, Nieren-, Urogenitaltuberkulose.
Tuberkulosen auf arteriellem Wege. Direkte Chemotherapie lokaler, Goyanes 1028.
— d. Hand. Heliotherapie im Hochgebirge bei, Hüssy 1029.
Tuberkulös s. Hautgeschwüre, Zungengeschwür.
Tuberkulöse Septikämie. Erythema nodosum und, Landouzy 938.
Tuberkulösen. Bedeutg. u. Wichtigkeit der Albuminurie bei, D'Onghia 691.
Tumor. Totale Ureterektomie wegen, Oliva 669.
— s. Schweißdrüsentumor, Gewächs, Geschwulst, Neubildungen.
Tumoren. Multiple, Little 893.
Tuschsystem. Untersuchg. d. Harnniederschlages m. dem, Detre 671.
Typhus exanthematicus s. Flecktyphus.

*Ulkus b. e. Hysterischen. Simulationsfall von Gesichts-, Marx 883.
— molle od. Primäraffekt, eine therapeut. Betrachtung, Müller 1064.
— rodens, Little 894, 984, Pernet 1109.
— — od. Epithelioma adenoides cysticum? Multiples, Little 865.
— — v. ungewöhnl. kurzer Dauer. Multiples, Little 1109.
— vulvae acutum, Groß 717, Volk 717.
Ulsanin s. Lupus.
Ultraviolettes Licht, Friedberger 848.
Ulzerationen. Hauttransplantationen b. ambul. Bhdlg. von, Davis 837.
*Urachusfistel, Gappisch 827.
Uranoblen b. Gonokokken, Glück 721.
Ureters. Abnormer Verlauf des rechten, Schwefel 669.
Ureterendes. Zyst. Dilatation d. vesikalen, Rosenberg 656.
— Zysten des vesikalen, Kotzenberg 668.
Uretermißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Ureterstein. Eingeklemmter, Wollbarst 873.
Ureterektomie wg. Tumor. Totale, Oliva 669.
Urethra s. Harnröhre.
Urethritis b. Manne. Nichtblennorrhoische, Adrian 660.

Digitized by Google

Urethritis posterior. Symptom d. beginnenden, Seger 737.
— Interne Bhdlg. der blennorrhoischen, Rebaudi 755.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethrorrhoe. Unstimmigkeiten b. d. urolog. Auffassung der Neisserschen, Mapes 800.
Urethroskopia posterior. Rückblick auf die, Engländer 774.
Urogenitaltraktus. Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im, Kolischer 871.
Urogenitaltuberkulose. Zwei wichtige Faktoren bei, Dowd 713.
Urologie. Sero- u. Vakzintherapie d. blennorrh. Erkrankgn. in der, Cholt zow 718.
— im Weltkriege. Deutsche, Lohnstein 773 (Bis).
— Journal d', 698.
Urologisches v. Kriegsschauplatze, Rotschild 773.
Urological Institute. James Buchanan Brady, 674.
Urotropin als Desinfiziens d. Harnwege, Hoest 671.
Urtikaria. Stoffwechselstudien b. chronischer, Rosenbloom u. Cameron 654.
— Anaphylaxie u. parenterale Eiweißverdauung, Mühsam u. Jacobsohn 880.
— Pathogenese der, Jadassohn u. Rothe 880.
— als Folge v. Blutegelapplikation, Netter u. Köchlin 881.
*— Btrg. z. Bhdlg. der (Chlorkalziumkompretten), Seifert 971.
— Menschenserum gegen, Swann 881.
— pigmentosa. Histologie der, Knowles 747.
*Urtikarielle Hautreaktion. Entzündliche und, Samberger 739. 763, 791, 947, 976, 999.
Urtikarielles Ekzem, Neisser 1153.

Vagina deh. Diphtheriebazillen. Blennorrhoische Prozesse a. d. kindlichen, Kobrak 717.
Vaginalerkrankungen. Bhdlg. der, Gutowitz 716.
Vakzine. Experimentelle, Gins 838.
— b. Ekzema capitis. Generalisierte, Obmann 1005.
— u. Variola. Hämatologie der, Schatzmann 989.
— keimfrei zu machen. Methode, um, Friedberger u. Mironescu 993.
— b. Epididymitis, Dopter 736.
— v. Besredka b. blennorrh. Arthritis, Florand 735. Dopter 736.
Vakzine v. Besredka bei blennorrh. Zystitis, Cruveilhier 738.
— — — b. Blennorrhoe. Cruveilhier 758, 779.
— v. Nicolle b. Blennorrhagie, Duhot 783.
— s. Gonokokken-, Staphylokokkenvakzine.
Vakzineerkrankung des Auges, Kuhlfelt 1005.
Vakzinetherapie. Äußere, Towle 651.
— Geschichtl. Entwicklg. u. heutiger Stand der, Schweder 838.
— Opsonine und, Friedemann 838.
— Antiblennorrhoische, Remlinger 761, Livon 761.
— s. Arthritis, Blennorrhagische Infektion, Blennorrhoe, Blennorrhoische Adnexerkrankungen, Blennorrhoische Erkrankungen, Scharlach, Vulvovaginitis.
Vakzinevirus, Prowazek u. Miyaji 1004.
Vanille ein Hautreiz, Leggett 924.
Variköser Symptomenkomplex u. Röntgenbild, J. u. E. Kottmaier 1024.
Variola s. Pocken.
Varizellen. Technik der Schutzimpfg. gegen, Kling 969.
— Diff.-Diagnose der Variola und, Paul 988.
Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit Erythem, Silberknopf 969.
Vas deferens. Antiperistaltik des, Lommel 657.
Verbrennungen. Pikrinsäure bei, Heusner 926.
— Heiße Luft bei, Stoppato 926.
Verhornung d. Nagels, Martinotti 803.
Verlausung. Vorbeugungsmittel gegen, Eysell 673.
Verordnung d. stellvertr. Generalkommandos des II. Armeekorps 1161.
Vitaminlehre. Prophylaxe u. Therapie d. Pellagra im Lichte der, Funk 903.
Vulva s. Karzinoma, Ulcus.
Vulvoperinealfisteln. Ursachen u. Prophylaxe der, Aja 750.
*Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Prognose der, Pontoppidan 734, *1077.
— blennorrh. infantum. Bhdlg. der, Strassberg 734.
— kl. Mädchen. Gonokokkenvakzine bei, Comby u. Condat 734.
— Vakzinetherapie d. blennorrhoischen, Jack 734.

Warze. Kohlensäureschnee b. gr. vegetierender, Ledo 750.
Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus, Delta 969.

Digitized by Google

Xantho-Erythrodermia perstans (?), Dore 866.
Xanthom s. Pseudoxanthom.
Xeroderma pigmentosum inf. heftiger Sonnenbestrahlung, Corlett 746.

Zahnfleisch s. Tuberkulose.
Zaraath, Vörner 1024.
Zeckenstich, Narbel 869.
Zelle, Chemie der, Unna u. Gans 801, Unna 802 (Bis).
Zuckernachweis im Harn m. d. Gärungsprobe. Qualitat. u. quantitativer, Gause 715.
Zürich. Professur f. Dermatologie u. Syphilis in, 1066.
Zungengeschwür. Tuberkulöses, Tourneux 1028.
Zungenrückens. Mediane rhombische Glossitis des, Jourdanet 1114.
Zylinder u. Zylindroide, Posner 691.
— s. Harnzylinder.
Zylindroide. Zylinder und, Posner 691.
Zyste s. Nierenzyste, Ureterende.
Zystinsteine. Zystinurie und, Frankenthal 694.
Zystinurie, Fromherz 694.
— u. Zystinsteine, Frankenthal 694.
— Bhdlg. der, Klempner u. Jacoby 715.
Zystitis. Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Cruveilhier 738.
Zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste, Thelen 1134.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Aahman, Gösta, Zur Frage der syphilitischen Reinfektion 1065.
— Btrg. z. Kasuistik der Reinfektion 1065.
Abraham, P. S., Lupus erythematosus d. Finger u. Lupus pernio d. Nase 866.
— Fall von Orientbeule 1130.
Achard, Raynaudsches Syndrom; chron. Nephritis u. Tuberkulose 879.
Adam, Alfred, Antipartialantigene 1027.
— Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus 1030.
Adamson, H. G., Akne urticata u. andere Formen „neurotischer Exkoriationen" 688.
— Hyperidrosis palmaris 868.
— Lichen scrophulosorum b. Erwachsenen 1108.
— Makulöse Atrophie n. e. sekund. Syphilid 1108.
Adrian, C., Die nichtblennorrh. Urethritis b. Manne 660.
— u. v. Lichtenberg, A., Die klin. Bedeutg. der Mißbildgn. der Niere, des Nierenbeckens u. d. Harnleiters 664, ferner 1162.
Agustina, R. González s. Covisa.
Sáinz de Aja, E. Alvarez, Spätformen der Syphilis congenita 749.
— Zwei Fälle von Erysipel m. Ammoniumkarbonat geheilt 750.
— Operative Inokulation e. syph. Schankers 750.
— Ursachen u. Prophylaxe der Vulvoperinealfisteln 750.
— Lupus tuberculosus m. Heliotherapie u. Aurum-Kalium cyanatum behandelt 751.
— Payrsche Operation b. Lupus tuberculosus 752.
— Purpura ecchymotica v. seltener Lokalisation 753.
— Purpura recidivans orthostatica 753.
— Primäre Hemichorea dch. Arteriitis cerebralis syphilitica 1176.
— u. Artadi, José, Phagedänische tertiäre Syphilis 752.
Albertoni, P. u. Tullio, P., Die Maiskost b. Gesunden u. bei Pellagrakranken 901.
Alderton, W. H. u. Turnbull, H. M., Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren 1155.
Alessandrini, Giulio u. Scala, A. (Neuer) Beitrag zur Ätiologie u. Pathogenese der Pellagra 898 (Bis), ferner 786.
Alexander, Artur, Die modernen Methoden der Lupusbehandlung 1030.
Almkvist, Johann, Zur Frage von der Länge der serologischen Latenzperioden bei Syphilis 1152.
Althoff (Allendorn), Z. Bhdlg. des Herpes zoster 928.
de Angelis, Giovanni s. Tizzoni.
Antoni (Heidelberg), Ein Btrg. z. Kenntnis der Dermatosen bei Hysterie 824.
Arndt, Georg 1162.
Arnold, A. u. Hölzel, H., Üb. den Wert intravenöser Arthigoninjektionen b. blennorrh. Prozessen 781.
Artadi, José s. Aja.
Arzt, Leopold 882, 1162.
Ashburn, P. M., Vedder, E. B. u. Gentry, E. B., Ergebnisse der Pockenimpfung bei Affen 988.
Audry, Ch., Ist die Lepra ansteckend? 1007.
Austin, J. H. s. Stengel.
de Azúa, Juan, Eine Bhdlg. der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre 755.
— Herdförmiger Lupus tuberculosus exedens non ulcerosus d. rechten Wange; rasche Heilung durch Finsen-Therapie 1030.

Babes, V. u. Jonesco, H., Die Abderhaldensche Reaktion b. Pellagrakranken u. bei Patienten m. Magendarmstörungen 901.
Bachmann, Robert A., Die Moralität der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 818.

Digitized by Google

Bang, Dagny, Ein Fall von heredit. Lues b. e. Erwachsenen 1083.
Bar, P. u. Lequeux, Erfahrgn. m. d. Antigonokokkenvakzin v. Nicolle u. Blaizot 733.
Baradulin, Die Diathermie b. Bhdlg. der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen 754.
Barasch, Zehn Jahre Scharlachstatistik 938.
Barbach, H. J., Einige neue Betrachtungen üb. Nervensyphilis 873.
Barber, H. W., Pityriasis rubra pilaris b. e. Schwangeren 867.
— Parakeratosis variegata 894.
— Zwei Fälle von Lupus b. Kindern 1031.
Bardach, K., Zur therapeut. Anwendg. intravenöser Arthigoninjektionen 785.
Baum 1106.
— E. W., Z. Frage der einseitigen Hämaturieerkrankg. d. Kapillaren des Markteils 696.
— Oscar u. Herrenheiser, Gustav, Chemotherapeutische Versuche mit Salvarsan 858.
Bayly, H. W., Die Diagnose u. Bhdlg. der chron. Blennorrhoe u. deren lokaler Komplikationen 755.
Becken, Henry C., Die Bhdlg. des Scharlachs 961.
Becker, F., Zur Blennorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer 780.
Bedson, S. P. s. Ledingham.
Beeson, C. F., Die Schilddrüse bei Pellagra 900.
Bellizzi, V., Zwei Fälle von heredit. viszeraler Spätsyphilis 1084.
Bender, E. s. Müller, H.
*Bendig, Über den diagnost. Wert der Wassermannschen Reaktion 1139.
Benthaus, Über Herzveränderungen und Aortitis b. d. metaluet. Erkrankungen des Nervensystems, insbes. bei Paralyse 1133.
Bérenger, R. 1178.
Berger, Wilhelm s. Hackenbruch.
Berlin, W. C. K., Bakteriämie, Infektion u. Brightsche Krankheit 664.
— Moderne Bhdlg. d. Brightschen Krankheit nach den Grundsätzen der Pathologie u. Bakteriologie 873.
Bernheim, Über Afridolseife 850.
Bertarelli, E, Die neueren Kenntnisse üb. die Ätiologie des Scharlachs 939.
Bertein, P., Die blennorrhoischen Knochenveränderungen 735.
Bertelli, Giovanni, Zwei Fälle v. Addisonschem Syndrom b. Pellagrösen 900.
Bertone, G., Auto- u. homoplast. Hautverpflanzungen u. d. Einfluß der Hyperämie auf dieselben 832.
Best, William H., Der Gebrauch des Salvarsans b. nichtsyphilitischen Erkrankungen 856, 857.
Better, O. s. Lüders.
Bettmann 930.
Beyler, Gérard, Die Anwendg. v. kolloidalem Jod b. akuter u. chron. Blennorrhagie 757.
Biach, P., Kerl, W. u. Kahler, H., Z. Kenntnis der Veränderg. n. d. Spinalflüssigkeit nach Neosalvarsanapplikation 832.
Biedl, Arthur, Über Bakteriurie 693.
Bierhoff, F., Zur Frage der Prostitution u. d. vener. Krankheiten 820.
Birnbaum, R., Zur Therapie akuter u. chron. Entzündungen im Bereiche der Genitalorgane 716.
Biró, E., Üb. die Prophylaxe der Blennorrhagie u. anderer vener. Erkrankungen 720.
Bizzozero, Enzo, Üb. die Sclerodermia circumscripta u. ihre Beziehgn. zum Lichen sclerosus 1152.
Björling, E., Syphilit. Primärsklerose auf dem harten Gaumen 725.
Blaizot, L. s. Nicolle.
Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? 657.
— Geburtenrückgang u. Geschlechtskrankheiten 820.
— Zur Prophylaxe des Flecktyphus 968.
— Die Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten im Kriege 1088, ferner 1088, 1105.
Blind, Auguste, Benigne blennorrhoische Endokarditis 737.
*Bloch, Bruno, Lucien Jacquet † 745.
— Kritisches z. Vakzinetherapie der Blennorrhoe, zugl. experim. Btrg. z. Begründung d. „ableitenden" Therapie 781.
Block, F., Wie schützen wir uns vor den Geschlechtskrankheiten und ihren übeln Folgen? 1080.
Blumenthal, J., Pustula maligna 1127.
*Bockhart, Max, Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung 859.
Bodin, E., Die parasitären Pilze d. Menschen 806.
Boeters, Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen 781.
Bohm, G., Hegonon i. d. Blennorrhoebhdlg. 757.
Bollog, Carl, Ulcus gummosum vaginae et vulvae 1174.
Bonn, H. K., Üb. eine seltene Anomalie der Arterie u. Vene d. linken Ovariums 775.
Borberg, N. C., Üb. Aortitis fibrosa und zerebrospinale Syphilis 1173.
Borden, C. R. C., Latente u. tertiäre Syphilis b. Erkrankgn. d. Nase u. des Rachens 1087.

Digitized by Google

*Born, Kurt, Zur Kenntnis der Lichenformen 643.
Bornemann, W., Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken 665.
Botelli, Carlo, Tinea trichophytica d. Kopfhaut 871.
Bouchard, Charles Jacques, 1090.
Bourgeois, M., Über Onychomykosis saccharomycetica 1023.
Boveri, Theodor, 1178.
Box, J., Pellagra in England b. e. kleinen Kinde 897.
Braasch, William F., Klin. Beobachtgn. üb. essentielle Hämaturie 696, ferner 946.
Brady, William s. Calhoun.
van den Branden, F. u. Dubois, A., Vorläufige Mitteilg. üb. die Verwendg. des Neosalvarsans b. verschiedenen Krankheiten 878.
Brandweiner, Alfred, Die Vakzinebehandlung der Blennorrhoe 760, ferner 858.
Brasch, M., Blutbefunde n. intravenösen Arthigoninjektionen 801.
Brault, J. u. Viguier, A., Eine neue Trichophytonart m. faviformer Kultur 809.
von Brav, A., Die Prophylaxe u. Bhdlg. der Ophthalmia neonatorum 721.
Breakey, William Fleming 674.
Breugle, D. K., Pellagra in Minnesota 897.
Brereton, G. E. u. Smith, K. W., Untersuchgn. üb. den Smegmabazillus 809.
Brien, C. M. O., Ein Fall von Lepra 1006.
Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten b. Kriegsteilnehmern 904.
Brocks, H. u. Carroll, J., Die Bhdlg. v. syphilit. Herzläsionen auf Grund von Untersuchgn. an 300 Fällen 1172.
Brocq, L., Einfluß d. neuen Sitten a. d. Pathologie d. Haut der Frau 821.
Brodfeld, Eugen, Stomatitis mercurialis 854.
Brodribb, A. W., Ein Fall von septikämischer Purpura 904.
Brooks, Harlow, Die Leber bei erworbener Syphilis 1137.
Bruce, P., Ein Fall von intestinalem Fieber mit Purpura kompliziert 904.
Bruck, Carl, Neue therapeut. u. prophylakt. Versuche b. Blennorrhoe 720.
— Die Vakzinbhdlg. der Blennorrhoe 779.
— Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine 784.
— Zur Bhdlg. der Kriegsdermatosen 905, ferner 1162.
Bruck, Franz, Gibt es eine paterne Vererbung d. Syphilis? 1048.
— Noch einmal nur Frage der paternen Vererbung d. Syphilis 1049.
Brückner (Dresden), Die Diät beim Scharlach 942.
Bruhns, C., Zur Frage der diagnost. Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine 761.
Bürger, Leo, Über Selbstausschaltung der Niere 872.
Bunch, J. L., Morphoea guttata 690.
Bundschuh, Ed., Üb. die Bhdlg. der Erfriergn. v. Fingern u. Zehen 926.
Burns, Frederick S., Ein Fall v. allgem. kongenitalem Keratoderma 748.
Buschke, A., Erwiderung 882.
— Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Krieg 929.
Butte, L., Die ärztl. Überwachg. der Prostituierten in Paris i. J. 1912 820.
de Buttler d'Ormont, R., Die Blennorrhoe b. Weibe 732.

Cadburg, W. W., Dermatolysis, Bericht üb. zwei Fälle 928.
Callender, G. R., Herzsyphilis; Bericht üb. e. einschlägigen Fall 1159.
Calver, G. D., Ein Fall von Lungensyphilis, welcher einer Lungentuberkulose täuschend ähnlich war 1158.
Calzabou, L., Üb. die kulturelle Entwicklg. der Hautpilze 806.
Calhoun, William C., Brady, William u. Gudgel, Harry B., Die Bhdlg. des Scharlachs 945.
Cameron, C., s. Rosenbloom.
Campana, Roberto, Resultate d. Inokulation frischer Gewebe, homogener u. heterogener, normaler u. syphilitischer, auf Meerschweinchen 1156.
— Syphilis d. Herzens u. d. Lunge in den verschied. Stadien (erworbene u. ererbte Syphilis) 1156.
Carbone, D. u. Cazzamalli, F., Untersuchgn. üb. die Ätiologie der Pellagra 900.
Carl, Walter, Zur biolog. Wirkg. des Quarzlampenlichtes 842.
Carroll, J., s. Brocks.
Caruthers, Frederick Duvall 946.
Cary, French S. 1162.
Castellani, Aldo 722.
Cavagnis, Giovanni, Multiple Syphilome der Vagina 870.
Cavazzoni, Cav. Luis Zanotti, Autohämotherapie der Lepra 1008.
Cazzamalli, F., s. Carbone.
Cebrián, Fall zur Diagnose 753.
Cedercreutz, Axel, Der Einfluß der inneren Sekretion a. d. Haut u. deren Adnexa 824.
Cesa-Bianchi, D., Klin. Beobachtgn. u. experim. Untersuchgn. üb. die Pellagra 900.
Chency, W. F., Lebersyphilis in Gestalt der gewöhnl. Zirrhose 1137.

Digitized by Google

Chimisso, Luigi, Die Hauterscheinungen bei Malaria, m. bes. Berücksichtgg. einer Form von Ekthyma 823.
Cholzow, B., Die blennorrh. Erkrankungen in der Urologie, Sero- und Vakzinotherapie 718.
— Die blennorrh. Erkrankungen in der Chirurgie u. ihre Bhdlg. mittels Sero- u. Vakzinotherapie 719.
Civalleri, J., Üb. die Ätiologie u. die Bedeutg. d. Erythema multiforme 928.
Clark, W. L., Die Austrocknungsmethode z. Bhdlg. v. kongenital. u. späteren Gewächsen a. d. Haut u. d. Schleimhäuten 836.
Le Clerc-Dandoy, Vakzinetherapie mit Arthigon bei Blennorrhagie 782.
Cockayne, E. A., Kongenitale Sklerodermie und Sklerodaktylie 1131.
Cohn, Willy, Üb. vier Fälle von Pityriasis lichenoides chronica 730.
Colombo, G., Experimentelle Untersuchgn. üb. die Augensyphilis 1085.
Comby u. Condat, Bhdlg. d. Vulvovaginitis kl. Mädchen m. Gonokokkenvakzine 734.
Condat s. Comby.
*Copelli, Mario, Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bzgl. ihrer Wirkung b. experim. Syphilis 908.
Corbett, Dudley, Fall zur Diagnose (Noch nicht beschriebenes Granulom) 866.
— Naevus linearis 895, ferner 1106.
Corbus, B. C., Die Therapie der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen u. Antigonokokkenserum; ein vorl. Bericht üb. 24 Fälle 780.
Corlett, William Thomas, Xeroderma pigmentosum inf. v. heftiger Sonnenbestrahlung, m. Bericht üb. zwei Fälle 746.
Corner, E. M., Die Bedeutung der sekundären Infektion für die Diagnose der Syphilis 1081.
Cottin s. Regnauld.
Courtney, B. J., Die Bhdlg. der Lepra m. intraven. Jodoforminjektionen 1009.
Courty, Louis, Chyluria non parasitaria 694.
Cova, E., Üb. den Cholesteringehalt der Plazenta 1173.
Covisa, José S., Klin.-therapeut. Studie üb. den weichen Schanker am Anus 752.
— Ein Fall von Mykosis fungoides 753.
— Einfluß d. Bhdlg. der schwangeren syphilit. Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis 1081.
— u. Agustina, R. González, Neue Anwendungsart der Staphylokokkenvakzine 752.
Craig, C. B., Aphasie als Folge von Syphilis 1176.
Credé-Hörder (Berlin), Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? 719.
— Wie kann die Blennorrhoe wirksam verhütet werden? 719.
Cronquist, Carl, Einige Beobachtgn. bei Hellers Albuminprobe 692.
Crowell, A. J., Kollargol b. d. Pyelographie 667.
Cruveilhier, Louis, Bhdlg d. blennorrh. Zystitis m. Virusvakzine v. Besredka 738.
— Impfungen m. sensibilisiertem Virus b. Blennorrhoe u. namentlich bei deren Komplikationen 758.
— Bhdlg. der Blennorrhagie m. Virusvakzine 779.
Csillag (Budapest), Btrge. z. Klinik der Erfrierung 925.
Cullen, G. E. s. Ellis.
Culver, George D., s. Montgomery, D. W.
Cumston, Charles G., Z. chirurg. Bhdlg. des Nebenhodentrippers 736.
Cunningham, William P., Über ungewöhnliche Hautlues 1086.
Curtius (Stendal), Fleckfieber 966.
Czapek u. Wassermann, Die akute Harnverhaltung, eine wenig beachtete Wirkung des Morphins 670.

Le Damany, P., Vereinfachung der Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektionen 878.
Damman, E., Seife, Creme u. Puder in der Dermatologie 856.
Daneff, Georg, Üb. die Wirkung d. gelben Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack bei gleichzeitiger innerer Darreichg. v. Jodkalium (Tierversuche) 1152.
Darier, J., Die präkanzeröse Bowensche Dermatose, linsen- und scheibenförmige Dyskeratose 868.
Datyner, Hermann, Üb. renale Hämaturien 696.
Dautwitz, F., Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal 1134.
Davis, Haldin, Fall von Erbsyphilis 1110.
— J. S., Die Verwendg. v. kleinen, dicken Hauttransplantationen 837.
— Die Verwendg. v. Hauttransplantationen b. d. ambulanten Bhdlg. von Ulzerationen 837.
Davis, R. H. s. Engman.
Decastro, A., Btrg. z. Bestimmung des diagnost. Wertes der Antigonokokkenvakzine 762.
Delafield, Francis 858.

Digitized by Google

*Delbanco, Ernst, Paul Ehrlich † 907; ferner 1138.
Delisi, L., Isolysine u. antitrypt. Vermögen des Blutserums der Pellagrakranken 901.
Delta, Constantin, Üb. die Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus 969.
Denman, R., Elektrargol bei Pocken u. Pest 991.
Desneux, Dujardin u. Weill, D., Die Affektionen der Meningen im Verlaufe der Syphilis 1175.
Dessauer u. Wiesner, Kompendium der Röntgenaufnahme u. Röntgendurchleuchtung 985.
Detre, L., Die Untersuchg. d. Harnniederschlages m. d. Tuschsystem 671.
Deutsch, Adolf, Zirkumskripte Narbenschmerzen b. Durchschüssen von Hand u. Fuß. (Hilfsmittel z. Ermöglichung d. gewerbl. Arbeit trotz der Schmerzen) 1033.
Deycke, Georg, Die Beziehgn. d. Lepra zur Tuberkulose 1157.
Dieckmann (Charlottenburg), Prakt. Erfahrungen mit Grotan 851.
Döhring (Königsberg), Üb. die Wirkg. u. Resorption d. verschiedenen Quecksilberpräparate 1153.
Dörge, H., Herpes zoster u. seine Ansteckungsfähigkeit 927.
Dopter, Bhdlg. d. blennorrh. Rheumatismus u. d. Epididymitis m. d. sensibilisierten Antigonokokkenvakzine (Methode von Besredka) 736.
Dore, S. E., Fall zur Diagnose. (?) Xantho-Erythrodermia perstans 866.
— Alopecia areata des Kopfes u. d. linken Augenlider 866.
— Lichen planus hypertrophicus mit Exkoriationen 866.
— Favus der unbehaarten Haut 894.
— Kulturen von Favus der unbehaarten Haut 1109.
— Rekurrierende Eruption der Nates und Oberschenkel 1129.
— Lichen spinulosus und Folliculitis decalvans 1132.
— u. Wilson, S. A. Kinnier. Fall zur Diagnose 1107, 1109.
Dowd, Henry, Üb. zwei wichtige Faktoren b. d. Tuberkulose des Urogenitaltraktus 713.
Dregiewicz, Leopold, Bhdlg. von organischer u. funktioneller Hautkälte d. Extremitäten m. Dermotherma 825.
Dreist (Mainz), Btrg. zur Versorgung wunder Füße 925.
Dreuw, W. H., Üb. das Initialstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) 774.
Dreuw, W. H., Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie u. Dermatologie 850.
— Die Läuseplage u. ihre Bekämpfung 895.
— Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege u. im Frieden 1026.
Dreyfus, G. L., Salvarsannatrium u. seine Anwendg. in der Praxis 877.
Dubois, A., s. Branden.
Duhot, Robert, Neue Verbesserungen in d. Bhdlg. der Blennorrhoe 755.
— Übt die Vakzine v. Nicolle einen Einfluß aus auf die Entwicklg. der Blennorrhagie in der Harnröhre 783.
Dujardin s. Desneux.
Dutoit, A., Üb. die Erkrankg. d. Nebennieren beim Scharlach 939.
Dutsch, Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syph. b. e. fast zweijähr. Kinde 1157.
Dyer, Isadore, Winke für das Impfverfahren 992.
— Die Pflicht der Regierung, für Leprakranke zu sorgen und sie zu kontrollieren 1006.

Eber, Hans, Klin. Studien üb. die Phloridzinglykosurie 715.
Ebstein, Erich, Zur Entwicklung d. klin. Harndiagnostik in chem. u. mikroskop. Beziehung 773.
Eddowes, Alfred, Erythema gyratum recurrens 868.
— Fall von Lichen planus circinatus et atrophicus 1132.
Ehlers, Edvard, Gegen die Kindersterblichkeit dch. Erbsyphilis 1082; ferner 698.
Ehrlich, Paul 722, 858.
Ehrmann, R., Üb. den Nachweis v. Jod im Urin 691.
Eichmüller, G., Die Lepra in Tunis 1006.
Eisenbeiß, Erastus M. 698.
Eisendrath, D. N., Die b. d. Pyelographie entstehenden Wirkgn. des Kollargols 667.
Ellis, A. W. M., Cullen, G. E. u. van Slyke, D. D., Der Gehalt des Blutes u. der Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren bei syphylitischen u. nicht-syphilit. Individuen 1050.
— u. Swift, H. F., Die Beteiligung des Nervus acusticus b. Syphilis des Zentralnervensystems 1176.
Emmert s. Lüders.
Engländer, S., Ein Rückblick auf die Urethroscopia posterior 774.
Engman, M. F. u. Davis, R. H., Einige Beobachtgn. an den Zellelementen des Blutes b. 300 Fällen verschied. Hautkrankheiten 655.
Erismann, Friedrich 1138.

Digitized by Google

Evans, E. Laming, Akute Striae atrophicae 1130.
Eysell, Ein einfaches Vorbeugungsmittel gg. Verlausung u. ihre Folgen (Nachtrag) 673.

Fabry, Joh., Nachtrag zu meiner Arbeit: Btrg. z. Klinik u. Pathologie des Pemphigus foliaceus 728.
— Üb. zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (großknotige Form der Neurodermitis Brocq) 728.
— Über intravenöse Bhdlg. des Lupus mit Kupfersalvarsan 1031.
Fambri, Helene, Patholog.-anatomische Beobachtgn. üb. einen Fall von Lepra universalis 1007.
de Favento, P., Üb. einen Fall von multiplen Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen 921.
Fearnsides, E. G., Erfrierung 689.
Feer, E., Die kleinpapulösen Hauttuberkulide b. Kinde 1027.
Ferry, N. L., s. Kiefer.
Finkelstein, Jul. u. Gerschun, T., Zur Serologie der blennorrh. Erkrankungen 758.
— — Zur Frage der Vakzinetherapie der blennorrhoischen Erkrankungen 760.
Finlay, Carlos John 946.
— R. C., Herpes zoster als Arsenikfolge 652.
Fischel, Richard 674.
Fischer, Max, Üb. Blasendivertikel unter bes. Berücksichtigg. eines dch. Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel 656.
— W., Üb. eine geschwulstartige Form des Lupus 725.
— Sammelreferat üb. die bisher erschienenen Arbeiten üb. die Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten im Kriege 778.
*— u. Leschcziner, H., Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii) 1115.
— Walther, Zur Kenntnis des Blutbildes bei Pocken 990.
Fischl, Fritz, Erfahrgn. üb. spezif. Bhdlg. der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen 756.
— Üb. den Cholesteringehalt d. Serums b. Dermatosen 831.
Flesch, Max, Der Einfluß der Geschlechtskrankheiten a. d. Gesundheit u. Fruchtbarkeit der Frau 777.
— Welche strafrechtl. Folgen würden sich aus der Unterstellung der vener. Krankheiten unter das Reichsseuchengesetz u. Aufhebung der Reglementierung ergeben? 778.
Fletcher, Robert D. 738.
Florand, Bhdlg. d. blennorrh. Arthritiden m. Vakzine v. Besredka 735.
Foerster, O. H., Das gemeinschaftl. Auftreten von Erythema nodosum und Tuberkulose 938.
Forgeot, P., Btrg. z. Studium des Gonokokkus 718.
Forns, M., Talalgia et Metatarsalgia syphilitica 749.
— Syphilis in einer Familie 751.
Fox, Howard, Primäres Epitheliom d. Hand 654.
Fraenkel, Eugen, Üb. den gegenwtg. Stand der Lehre vom Skorbut d. Kinder (Möller-Barlowsche Krankheit) 921.
Fragola, Die Ätiologie des Hydrocephalus congenitus 1174.
Franchetti, A., Untersuchgn. üb. die Pellagra der Kinder 897.
Francis, E., s. Lavinder.
Frangenheim, Paul, Methode zur operat. Bhdlg. der Inkontinenz der Harnblase 1134.
Frank, Kurt 674
Frankau, Claude, Pyelitis 667.
Frankenthal, Ludwig, Üb. Zystinurie u. Zystinsteine 694.
Frazer, Thomson, Die Dermatitis der Pellagra 749.
Freeman, Charles D. 826.
French, E. G. 930.
Freund, Emanuel 1090.
Freund, Ernst, Fortschritte in der Harndiagnostik 669.
Frey, Ernst, Die Vermeidg. der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren dch. gleichzeitige Kalkabgaben 852.
Friboes, W., Üb. e. Fall von Naevus epitheliometasus sebaceus capitis 727.
Friedberger, Die Pocken als Kriegsseuche 969.
— u. Mironescu, Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz v. Desinfizientien unter Erhaltung der Virulenz keimfrei zu machen 993.
— E., Weitere Versuche üb. ultraviolettes Licht 848.
Friedemann, Üb. Opsonine u. Vakzinetherapie 838.
Friedländer, M., Gonaromat 756.
Friedmann, M., Btrg. z. Kenntnis der nichtgewerbl. chron. Hg-Vergiftung 855.
Fritsch, Gustav, Die menschliche Haupthaaranlage, weitere Beobachtgn. als Nachtrag zu: Das Haupthaar u. seine Bildungsstätte 1044.
Fromherz, K., Über Zystinurie 694.
Frühwald, Richard, Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen 785.

Digitized by Google

Frühwald, Richard, Über die Fortschritte unserer Kenntnis der Pathologie der Syphilis in neuester Zeit 799.
— Neuere Ergebnisse der Syphilispathologie 1081.
Frumerie, Karl, Ein Fall von Erythema induratum m. sehr großer Überempfindlichkeit d. Haut gg. Tuberkulin 1032.
Funk, C., Prophylaxe u. Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre 903.

Gáli, Géza G., Ein Fall von leukämischer Lymphomatose b. paroxysmaler Hämoglobinurie 697.
Gangolphe, Die blennorrhagischen Osteopathien 735.
Gans, O., s. Unna, P. G.; ferner 930.
*Gappisch, A., Ein Fall von Urachusfistel (kombin. m. kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend) 827.
Garrison, P. E., s. Siler.
Gaskill, Henry Kennedy, Eine Bromeruption, die Blastomykosis oder Ekzem vortäuscht 923; ferner 882.
Gaté, J., s. Nicolas.
Gatti, S., s. Vidoni.
Gaucher, Ernst 674.
Gause, Einfacher qualitat. u. quantitat. Zuckernachweis im Harn m. der Gärungsprobe 715.
Gayet, Pyelonephritis dch. Gonokokken verursacht 737.
Gentry, E. B., s. Ashburn.
Gerschun, T., s. Finkelstein.
Gennerich, Z. Bhdlg. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde 673.
Ghon, A., Üb. die neuen diagnost. Hilfsmittel bei Flecktyphus 967.
— Einiges von den Erfahrungen üb. die diagnost. Hilfsmittel bei Flecktyphus 967.
Gill, William Craw 906.
Gilmour, Andrew J., Ein Fall von künstl. Dermatitis 655.
— Primärsyphilid am Finger 1065.
Gimeno, Vicente, Skarifikationen u. Pyrogallussäure b. Lupus erythemato-tuberculosus 751.
— Paraplegia syph. v. Erbschen Typus 752.
— Furunkulose u. Staphylokokkenvakzine 753.
Gins, H. A., Mitteilgn. üb. experimentelle Vakzine 838.
Giovannini, S., Kinnhaare m. e. Talgdrüse im Inneren des Follikels: Mißbildung des einen u. seiner Papille 803.
Glaser, F., Salvarsaninfusionen b. Scharlach 961.
Glasewald, Wasserdichte Fußbekleidung u. Erfrierungen 926.
Glück (Breslau), Biolog. Studien an Gonokokken unter Berücksichtgg. des Uranoblens 721.
Glück, A., 826.
Glueck, Bernhard, Kopftraum u. Syphilis als Ursache von Verbrechen 1113.
Göppert, F., Zur Frage der Impfschädigung 1005.
Goldberger L. A., s. Schultze.
*Goldkraut, N. J., Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus 1067.
Golla (Breslau), Ergebnisse der Abderhaldenschen Serodiagnostik b. Gehirn- u. Rückenmarkskrankheiten 831.
Gottfried, S., Ein Fall von Nierenbeckensyphilis 1136.
Gottheil, W. S., u. Sahnstein, D. L., Die Verwendung v. Autoserum bei dermatologischen Erkrankungen 838.
Gougerot 1162.
Goyanes, J., Direkte Chemotherapie lokaler Tuberkulosen auf arteriellem Wege 1028.
Gradle, Harry S., Syphilis der Kornea 872.
Sanz de Grado, J., Skarlatineformes Erythem merkuriellen Ursprungs 749.
— Syphilit. Schanker des Zahnfleisches 751.
— Syphilis pigmentaria 753.
Gradwohl, R. B. H., Bhdlg. d. Syphilis des Nervensystems m. Salvarsanserum 1177.
Graham, Edwin E., Die Vorteile und Nachteile von Quarantänespitälern wg. Masern 964.
Gramenitzky, Th., Üb. die Bhdlg. der blennorrh. Gelenkerkrankungen mit bes. Berücksichtgg. d. Sero- u. Vakzinotherapie 735.
Grave, A., Üb. e. Fall v. Riesennierenstein 666.
Grimm, Randolph M., s. Lavinder; ferner 674.
Groen, K., Das Pflegeheim f. erbsyphilit. Kinder, „Veslehjemmet“ 906.
Groß, Siegfried, Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) 717.
Groth, A., Bericht üb. die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Kgr. Bayern i. J. 1913 991.
Grothusen (Kilwa), Salvarsan bei Tropenkrankheiten nebst Bemerkungen über einige tropische Hautkrankheiten 858.
Gruber, G. B., Üb. das Exanthem im Verlaufe der Meningokokkenmeningitis (Genickstarre) 964.
Grübler, Georg 1162.
Grulee, C. G., Die Laboratoriumsuntersuchung zur Diagnose der Frühstadien der hereditären Syphilis 1082.
Grumme (Fohrde), Üb. die Gefährlichkeit der innerl. Joddarreichg. b. Hg-Anwendung am Auge. Besteht ein Unterschied f. verschiedene Jodpräparate 853.

Digitized by Google

Gudgel, Harry B., s. Calhoun.
Gunsett, A., Zur Dosierung der Röntgenstrahlen 840.
— Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen spez. b. Kankroiden u. b. d. Hypertrichose 840.
Gußmann, Joseph, Seltenere extragenitszle Primäraffektionen 1064.
— Polyarthritis syphilitica acuta 1113.
Guth, Hugo 674.
Gutmann, C., Üb. intraven. Injekt. mit Toxyonon, einem neuen Hg-Präparat b. Syphilitischen u. Nichtsyphilitischen 879.
Gutowitz, H., Ein Btrg. z. Bhdlg. der Vaginelarkrankungen 716.

Habermann, J. V., Hereditäre Syphilis, mit Bzg. auf klin. Psychologie u. Psychopathologie 1082.
— R., Die Bedeutg. intraven. Arthigoninjektionen f. d. Diagnostik u. Therapie der Blennorrhoe 801.
— Üb. den histolog. Bau von Sklerosenresten nach kombin. Quecksilber-Salvarsankur nebst Untersuchgn. üb. ihren Keimgehalt 1023.
Hackenbruch u. Berger, Vademekum f. d. Verwendg. der Röntgenstrahlen u. des Distraktionsklammerverfahrens im Kriege 986.
Häggquist, Gösta, Von Zellen nervöser Art in der Epidermis d. Menschen 802.
— Histophysiolog. Studien üb. die Temperatursinne d. Haut d. Menschen 803, 805.
Hagelstam, Jarl, Klin. Erfahrgn. üb. Syph. des zentralen Nervensystems 1174.
Hagentorn, Al., Ein Btrg. z. Operation der Blasenektopie 823.
Hahn u. Saphra, Eine einfache, f. d. Praxis geeignete Methode zur quantit. Bestimmung d. Harnstoffs im Urin 691.
Halberg (Kiel), Zur Klinik der akuten, gelben Leberatrophie mit Berücksichtigung der Ätiologie 1138.
Hamburger, R., Z. Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe im Kindesalter 734.
Hammer, F., Die Verwendg. des Spiritus bei Hautkrankheiten 856.
Harbitz, Francis, Gummöse Herzsyphilis 1160.
Harrison, L. W., Phylakogen b. Blennorrhoe 758.
Hart, Die syphilitische Aortenerkrankung 1173.
Hartung, Heinrich, Über Harnstauung u. Niereninfektion 670.
Hartwell, Harry F., Die Isolierung der Spirochaeta pallida aus dem Blute Syphiliskranker 807.
Haskell, R. H., Syphilitische Infektion b. Familienmitgliedern v. Paralytikern 1050.
Hata, Sahachiro 762.
Hawkins, John B., Zwei interessante Fälle von Hodenverlagerung inf. von Traumen 777.
Hayes, A., Die Bhdlg. der akuten Blennorrhoea b. Männern 755.
Hazen, H. H., Syphilis b. d. amerikanischen Negern 1032.
Heath, Douglas, Fall von Lichen planus 1110.
— Fall von Pyrodermite végétante 1127.
Hecht, H., Bemerkgn. zu einer Fußnote Tschernogubows im A. f. D. u. Syph., Bd. 120, S. 77 1024.
Hegler, C., Das Erythema nodosum 937.
Heidingsfeld, M. L., Eine neue Behandlungsmethode für Lupus vulgaris 1031.
Heineke (Leipzig), Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung 927.
Heinemann, O., Ein bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion 1065.
Heinrich (Osterode), Über Chylurie, m. Zugrundelegung e. Falles 694.
*Hell, F., Unsere Therapie der kongenit. Lues 787.
Heller 1103.
Herrenheiser, Gustav, s. Braun, Oscar.
Herrmann, Johannes, Üb. die Bhdlg. blennorrhoischer Komplikationen mit Gonargpin 756.
Herxheimer, K., Ein Btrg. zur Darstellung des Bindegewebes 1025.
Heß, L. u. Müller, H., Btrge. z. Pathologie des Ödems (1. Mitteilung). (2. Mitteilung.) 879.
— W., s. Ricker.
Heuck, W., s. Reh.
Heusner, H. L., Üb. die Verwendung von Pikrinsäure b. Verbrennungen u. Erkrankgen. d. Haut 926.
Hilario, José S., Ein Btrg. zur Autoserotherapie gew. Hautkrankheiten 651.
Hindenberg (Strelitz), Einige Erfahrgn. m. der Bachschen Quecksilberdampflampe „künstliche Hohensonne" 842.
Hintze, K., Fieber bei Lebersyphilis 1137.
Hirschberg (Fichtenau), Üb. die Anwendg. des Blennotin b. Blennorrhoe 738.
— J., Die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie 731.
Hirschfeld, Die Bhdlg. des Fluor albus m. Levurinose 718.
Hlava, J., Btrg. zur Kenntnis der Blattern 986.
Hnátek, J., Der syphilitische Kopfschmerz 1174.
Hochsinger, Karl 858.

Digitized by Google

Hodara, Menahem, Histologische Untersuchgn. an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen rubes planus 699.
Hölzel, H., s. Arnold.
Hoest, H. F., Über Urotropin als Desinfiziens der Harnwege 671.
Hoffmann, Erich, Zur Bekämpfg. d. Läuseplage u. Verhütg. der Geschlechtskrankheiten 726.
— Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach zwei Jahren 1066.
— Über Fettbauchbildung am Handrücken. (Eine Ergänzung z. d. Arbeit v. J. Strandberg.) 1152.
R. v. Hofmann, Karl, Über Fortschritte in der Bhdlg. der Blennorrhoe, m. bes. Berücksichtgg. der Vakzinetherapie 711.
Holding, A. F., Der relative Wert des Radiums i. d. Dermatologie 841.
Holmström, T. J., Üb. Vakzinebhdlg. d. Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen beim Weibe 733.
Hopkins, J. Gardner, s. Zinsser.
Hoppe-Seyler, G., Die syphilit. Erkrankungen d. Bauch- u. Zirkulationsorgane (bes. d. Leber u. Aorta) u. ihr Einfluß a. d. Felddienstfähigkeit 1158.
Hornsey, J. F., Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung 924.
Hough, W. H., s. Vedder.
Hübner, Max, Üb. den Wert der Untersuchung auf Spermatozoen b. Sterilität 775.
Hüssy, Alfred, Üb. die Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand 1029.
Hummrich, Ernst 1066.
Hunt, J. K., Syph. der Wirbelsäule; deren Symptome u. nervöse Komplikationen 1113.

Isbary, Walter, Btrg. z. Verwertg. von Dermotherma 849.

Jack, W. R., Vakzinetherapie d. blennorrh. Vulvovaginitis 734.
Jacobsohn, Julius, s. Mühsam.
Jacoby s. Klempner.
— Samuel 786.
Jaquet, Lucien 674, 745.
Jadassohn u. Rothe, L., Zur Pathogenese der Urtikaria 880.
v. Jagic, N., Orthostatisch-lordotische Albuminurie u. Tuberkulose 692
Jarecki, Üb. Divertikel u. andere Urintaschen d. weibl. Harnröhre 657.
Jersild, O., Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnl. spät n. d. Infektion auftretender WR. 1088.
Jobling, James W. u. Petersen, William, Die therapeut. Wirkg. des Jods 851.
Jochmann, G., Über die Diagnose der Pocken 986.
— Üb. Diagnose u. Therapie der Pocken 987.
Johnston, J. A., Ein Btrg. zur Bakteriologie der Lepra 1008.
Jolles (Wien), Üb. die volumetrische quantit. Harnstoffbestimmung 691.
— Über eine neue Indikanreaktion 697.
Joneso, H., s. Babes.
Jonescu, Titu, Der Kampf gg. die vener. Krankheiten 818.
Joseph, Max, Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten f. Ärzte u. Studierende 895.
Jourdanet, P., Die Rolle des Nervensystems b. professionellen Dermatitiden 822.
— Indikationen der Mineralwässer b. der Bhdlg. v. Hautkrankheiten u. Syphilis 838.
— Mediane rhombische Glossitis des Zungenrückens 1114.
Joyeux, Charles, Btrg. z. Studium der afrikanischen Pilzerkrankungen, Trichophyton sudanense 809.
Jürgens, Über Fleckfieber 965.

Kämmerer, H., Die Abwehrkräfte des Organismus 921.
Kafka, V., Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion) 1091.
Kahler, H., s. Biach.
Kahlmeter, G., Über Pseudotabes hypophysacea 1173.
Kaiser u. Löwy (Prag), Üb. Schwankungen der Serumkonzentration b. Skarlatina 941.
Kanngießer (Braunsfeld), Üb. die Seuche des Thukydides 965.
Katz, Hans 738.
Kaufmann, R., Üb. die Anwendg. des synthetischen Kampfers in der Dermatologie 726.
Kaufmann-Wolf, Marie, Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen 1023.
Kayser, Paul, Erfahrungen des Feldlazaretts 6 des VI. Armeekorps 906.
Keene, Floyd E. u. Pancoast, Henry K., Der gegenwärtige Stand der Pyelographie 666.
Keil, Adolf, Zur Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe u. deren Komplikationen 759.
Kelen, B., Die Thermopenetration in der Frauenheilkunde 754.
Kellert, E., Die Kombination von Karzinom, Syphilis und Tuberkulose bei einem u. demselben Individuum 1081.
Kelsall, O. H., Üb. das sogenannte renale Hypernephroma 799.

Digitized by Google

Kerl, Wilhelm, Erythema chronicum migrans 928.
— s. Biach, ferner 882.
Kersten, H. E., Die pockenverdächtigen Erkrankungen in Rabaul im Februar 1914 969.
Kiefer, G. L. u. Ferry, N. L., Einige Versuche m. Bakterienvakzine b. Scharlach 942.
Kißmeyer, A., Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 808.
Kitasato, Shibasaburo 762.
Klander, J. V., s. Robertson.
Klause, K., Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe 760.
*Klausner, E., Üb. eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verl. einer akuten Gonorrhoe 723.
— Krieg u. Geschlechtskrankheiten 930.
*— Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen 994, 1161.
Klébansky, Alexander, Die Bhdlg. der blennorrhoischen Ophthalmie der Neugeborenen 721.
Klein, A., Komplementbindung bei Variola 990.
— Frederick u. Welker, Charles H., Üb. eine Urinprobe, die für die Karzinom- und Sarkomdiagnose v. Nutzen ist 671.
Kleissel, Rudolf, Die Erkrankgen. des Magens bei Lues 1135.
Klemperer, F., Über intravenöse Jodtherapie 852.
— G. u. Zinn, W., Zur Diagnose u. Prophylaxe des Fleckfiebers 967
Klempner u. Jacoby, Zur Bhdlg. der Zystinurie 715.
Klimenko, W. N., Die Bedeutung d. Spindelzellen i. d. Pathologie d. Scharlachs 939.
Kling, Karl A., Technik der Schutzimpfg. gegen Varizellen 969.
Klotz, Hermann G., Die psychische Seite der Syphilis, moderne Syphilislehren u. Common Sense 1047.
*Knack, A. V., Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen 811, *Nachtrag 1060.
Knowles, Frank Crozen, Urtikaria pigmentosa, spez. in bzg. auf die Histologie 747.
Kobrak, Erwin, Dch. Diphtheriebazillen hervorgerufene blennorrh. Prozesse, spez. in der kindl. Vagina 717.
Koch, Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung? 942.
Köchlin, Jean, s. Netter.
Kolischer, Gustav, Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im Urogenitaltraktus 871.
Kolmer, John A. u. Strickler, A., Komplementbindg. b. parasitären Hautkrankheiten 831.
— s. Schamberg.
Kottmaier, Elsa, Ein Btrg. z. Deutg. der Herxheimerschen Fasern i. der Epidermis 727.
— s. Kottmaier, Jean.
Kottmaier, Jean u. Kottmaier, Elsa, Zwei beachtenswerte Fälle v. Syphilis im Hinblick auf extragenitale Infektion u. deren Prognose 729.
— — Variköser Symptomenkomplex und Röntgenbild 1024.
Kotzenberg, W., Btrg. z. Kasuistik d. Zysten d. vesikalen Ureterendes 668.
v. Kouschegg, A., Komplementbindung bei Variola 990 (Bis).
Kraus, R., Zur Frage der persönlichen Prophylaxe gg. Typhus exanthematicus 968.
Kreibich, C., Neurodermitis verrucosa 729.
— Keratohyalin 729.
— Maculae caeruleae b. e. Falle von Typhus exanthematicus 966.
— Hautveränderungen in einem Falle von lymphatischer Leukämie 1024.
— Rezidivierendes Erythema perstans faciei m. Ausgang in Atrophie 1024.
— Dermatitis angioneurotica 1025.
Kreibich, Hans, Iritis u. Arthigon 732.
Krompecher, E., Üb. den Durchbruch von Pseudoxanthomzellen dch. Zylinderepithelschichten 806.
Krüger (Kohn), Samuel 994.
v. Krzysztalowicz, Franz, Zur Frage der Vorbeugung der vener. Erkrankungen in der Armee 882.
— u. Walkowski, Johann, Die dermatologischen Erfahrgn. im Kriege 1038, ferner 674.
Kühl, Zur mikroskop. Prüfung auf Harnzylinder 691.
Kuhlfelt, E., Üb. Vakzineerkrankung des Auges 1005.
Kyrle, J., Btrg. z. Frage der Basalzellengeschwülste der Haut 728.
— Btrg. z. Kenntnis der Resorzinvergiftung b. äußerer Applikation d. Mittels 1151; ferner 1090.
— u. Mucha, V., Über intravenöse Arthigoninjektionen 784.

Lamphear, Emory, Prostatektomie unter lokaler Narkose 777.
Landau (Warschau), Studien üb. Adrenalinglykosurie b. Menschen 714.
Landouzy (Paris), Erythema nodosum u. tuberkul. Septikämie 938.
Lange (Berlin), Ein Fall von Hyperkeratosis blennorrhoica 737.

Digitized by Google

Laqueur, A., Über Thermopenetration 849.
Lavau, s. Nanta.
Lavinder, C. H., Francis, E., Grimm, R. M. u. Lorenz, W. F., Versuche zur Übertragg. von Pellagra auf Affen 902.
Ledermann, Reinhold, Hautkrankheiten und Ehe 819.
— Syphilis und Ehe 1047.
— u. Misch, Julius, Hautkrankheiten 821; ferner 1105.
Ledingham, J. C. G., Die experimentelle Erzeugung von Purpura b. Tieren dch. die Einführg. v. Antiblutplättchenserum 921.
— u. Bedson, S. P., Experimentelle Purpura 904.
Ledo, Antonio, Ausgedehnter Hautdefekt dch. Anwendg. der Bleiplatte geheilt 750.
— Große vegetierende Warze mit Kohlensäureschnee behandelt 750.
— Naevus angiomatosus m. Kohlensäureschnee behandelt 751.
Leggett, W., Vanille, ein Hautreiz 924.
Lehmann, W. 1066.
Lénard (Budapest), Klin. Erfahrgn. m. d. Jodeiweißpräparat Testijodyl 853.
Lenzmann, Richard, Weitere Erfahrgn. üb. die Bhdlg. des Scharlachs m. Salvarsan 945; ferner 1114.
Leonhard, O., Ein mit Ulsanin (Hydrojodoborat) geheilter Fall von Gesichts- u. Nasenlupus 1032.
Lequeux, s. Bar.
Leschcziner, H., s. Fischer, W.
Lesser 1104.
Lesser, Fritz, Gibt es eine paterne Vererbung d. Syphilis? 1049.
Leszlényi, O., Zur internen Bhdlg. der Blennorrhoe m. Kawotal 779.
— u. Winternitz, J., Zur intraven. Anwendg. des Arthigons b. d. blennorrh. Erkrankgn. d. Weibes 786.
Lévy, R., Differentialdiagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der Tonsille 1064.
Lewandowsky, F., Üb. Kerion Celsi, verursacht dch. Mikrosporon Audouini, nebst Bemerkgn. üb. die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten 1154.
Lewinski, J., Üb. den Wert intravenöser Arthigoninjektionen 785.
v. Lichtenberg, A., Zur operat. Bhdlg. d. chron. rezid. Kolipyelitis 657.
— s. Adrian.
Lichtenstein, A., Beitrag zur Kenntnis der Säuglingsmasern 963.
Lie, H. P., Etwas vom Verhältnis zwischen Tuberkulose u. Lepra 1006.
Lieske, Hans, Die Strafwürdigkeit der Ansteckung i. d. Vorarbeiten z. Strafgesetzreform 726, 778, 1034, 1155.
*— Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken 1119.
Lindemann, Alfred, Zur Frage der Stoffwechselerkrankungen 822.
Lindner, E., Zur Epidemiologie u. Klinik des Flecktyphus 965.
Lindvall, Ad. Hermann, Ein Fall von Purpura m. Eruption hämorrhagischer Bläschen 904.
Lipschütz, Benjamin 762.
Lisznyai, E., Die Arthigonbhdlg. der blennorrh. Komplikationen 758.
Little, E. G. Graham, Fall zur Diagnose: (?) Multiples Ulcus rodens oder Epithelioma adenoides cysticum 865.
— Zwei Fälle von Wachstumsstillstand der Kopfhaare aus unbekannter Ursache 866.
— Fall von Lichen spinulosus 868.
— Fall von Pityriasis rosea 868.
— Fall von Parapsoriasis en plaques 868.
— Multiple Tumoren 893.
— Ulcus rodens 894, 984.
— Gleichzeitiger Herpes zoster am 3. u. 8. linken Dorsalsegment 1108.
— Dermatitis herpetiformis 1108, 1129 (Bis).
— Epitheliom am rechten Schenkel 1108.
— Persistierendes Geschwür der rechten Fußsohle nach Röntgenbestrahlung 1109.
— Folliculitis decalvans et atrophicans 1109, 1129.
— Multiples Ulcus rodens d. linken Wange von ungewöhnl. kurzer Dauer 1109.
— Chronisch-septisches Papillom n. e. bullösen Eruption 1129.
— Mykosis fungoides nach Röntgenbehandlung 1130.
— Lichen planus linearis 1132.
— Fall zur Diagnose. Pellagra? Addisonsche Krankheit? 1132.
Livon, Jean, Btrg. z. Studium der Vakzinetherapie d. Blennorrhoe 761.
— Btrg. z. antigonokokkischen Vakzinetherapie 761.
Lockwood, Charles D., Üb. Hydrozele des Samenstranges 714.
Loeb, Richard 1066.
Löhe, H., Klinische u. pathol.-anatom. Untersuchgn. üb. Skelettveränderungen b. kongenit. Syphilis u. ihre Heilungsvorgänge 1083.
Loewe, O., Bhdlg. des eingewachsenen Nagels 925.
Löwenberg, Paul, Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektion an den Kinderspitälern zu Graz und München 1893 bis 1912 962.

Digitized by Google

Loewit 1105.
Löwy, s. Kaiser.
Löwy, Robert, Zur Frage der neurotropen Wirkg. des Salvarsans 876.
Lohnstein, H., Zur Hochfrequenzbhdlg. v. Papillomen in der Nähe des Orificium int. urethrae 772.
— Die deutsche Urologie im Weltkriege 773 (Bis).
Lohnstein, Theodor, Weitere Btrge. zur Saccharometerfrage 715 (Bis).
Lomholt, Svend, Negativer Spirochätenbefund in e. syphilit. Schanker, verursacht dch. professionelle Quecksilberresorption 1153.
Lommel, Btrge. z. Kenntnis der Antiperistaltik des Vas deferens 657.
Lontos, Emil, Bedeutg. u. Bhdlg. der Blennorrhoe b. Weibe m. bes. Berücksichtgg. des akuten Stadiums 732.
Lorenz, W. F., s. Lavinder.
Lossen, W., Über Vererbung familiärer Merkmale, spez. den Vererbungsmodus der Bluterkrankheit u. Versuch seiner Erklärung 823.
Lube (Braunschweig), Ein Todesfall dch. akute Arsenvergiftung n. Salvarsaninjektion bei einer Nichtluetischen 876.
Lüders, R., Emmert u. Better, O., Üb. ein neues Jodpräparat „α-Joddihydroxypropan" 1154.
Luithlen, Fr., Üb. Allgemeinbhdlg. von Hautkrankheiten 834.

Mac-, s. Mc.
Mackay, Hugh 762.
Macleod, J. J. R., Die neuesten Arbeiten üb. die physiol. Pathologie der Glykosurie 714.
— J. M. H., Beobachtgn. üb. Molluscum contagiosum 688.
— Ringworm d. Hand 868.
— Dermatitis artefacta 894.
— Akute Dermatitis dch. Koprastaub 984.
— Die pemphigoiden Eruptionen 1111.
— Dermatitis herpetiformis 1128.
— Fall zur Diagnose 1128, ferner 1107.
Mann, Ludwig, Über Diathermie 849.
Manolescu, N., Metastatische blennorrhoische Konjunktivitis 731.
Mañueco-Villapadierna, E., Die Vakzinetherapie b. blennorrh. Adnexerkrankungen 751.
Mapes, Charles C., Üb. vererbte syphilit. Dyskrasie; ein kritischer Kommentar üb. die sog. Syphilis hereditaria 713.
— Unstimmigkeiten b. d. urolog. Auffassung d. Neisserschen Urethrorrhoe — d. sog. Blennorrhoe 800.
— Unklarheiten i. d. Anschauungen üb. Syphilis m. bes. Berücksichtgg. d. sog. heredit. Fälle 776.
Marc, Wolrad 1162.
Marchand, Felix, Üb. die Neubildg. der elastischen Fasern in Hautnarben, ein Btrg. z. Altersbestimmung von Narben 833.
Mariani, Giuseppe, Patholog.-anatom. Beobachtgn. u. krit. Bemerkgn. über Endotheliome u. Spindelzellensarkome d. Haut, üb. pigmentierte Nävustumoren u. basozelluläre zystische Epitheliome 870.
Marie, Auguste 674.
von Marschalkó, Thomas 1034.
Martelli, P. N., Die auf Hauteiterungen folgenden renalen u. perirenalen Eiterungen 690.
Martin, J. C., Trichotillomania 722.
Saint-Martin, E., s. Uteau.
Martinotti, Leonardo, Üb. die Verhornung des Nagels 803.
— Untersuchgn. üb. den feineren Bau d. menschlichen Epidermis in Beziehg. zu ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung. Malpighische Schicht u. Produktion der Epidermisfibrillen 806.
— Epithelisierende Wirkg. der Aminoazobenzole 837.
— Konzentrierte Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan 878.
*Marx, Hans, Ein Simulationsfall von Gesichtsulkus bei einer Hysterischen 883.
Marziani, A., Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis 736.
de Massary, Chron. Thyreoiditis u. abortives Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend 1173.
Mattioli, L., Alterationen d. Schilddrüse inf künstl. erzeugter Stauung; Einfluß dieser a. d. System der inneren Sekretionen, a. d. Haut u. a. d. organische Entwicklung 830.
Mauclaire (Paris), Arthritis blennorrhagica 735.
Mayer, Otto, Kleine Btrge. z. Methodik der Harnuntersuchung. Eine empfindliche Probe zum Nachweis v. Albumin im Harn 693.
Mc Allister, John Joseph Hector 722.
Mc Cormac, H., Fall zur Diagnose: (?) Persistentes noduläres Erythema multiforme 865.
Mc Donagh, J. E. K., Coccidiosis avenerea 893.
Mc Donald, W. M., Pellagra in Antigua 897.
Mc Gowan, John Patrick 738.
Mc Kee, George M., Purpura annularis teleangiectodes 656, 747 (Bis).
Mc Murtrie, Douglas C., Sexuelle Verkehrtheiten b. e. Frau in mittleren Jahren 776.
— Die Prostitution in Europa 820.

Digitized by Google

McNeel, W. J., s. Siler.
Meachen, Norman, Über neue Bhdlgsmethoden in der Dermatologie 871.
Medlroy, A. L., Einige Probleme b. d. Bhdlg. von vener. Erkrankungen 819.
Meirowsky (Köln), Untersuchgn. üb. die Stellung der Spirochäten im System 807.
Mendel, Kurt, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde 882.
Mense, C., Zur Frage der Bekämpfung des Fleckfiebers u. d. Läuse 968.
— Pocken u. pockenähnl. akute Exantheme in den Tropen 969.
*Mentberger, Victor, Über Argulan, ein neues organ. Quecksilberpräparat 931.
Menzer, A., Zur intraven. Anwendg. der Gonokokkenvakzine 784.
Metschnikoff, Elias 786.
Meyer, Ernst 1138.
— Fritz M., Zur Anwendg. der Röntgenstrahlen in der Dermatologie 839.
*Miescher, G., Die Trichophytinreaktion im Blutbild 1011.
Milani, E., Einige Modifikationen d. Technik d. Photo-Radiotherapie des Lupus 1029.
— Üb. die Photo- u. Radiotherapie des Lupus 1030.
Milian, G., Die Herxheimersche Reaktion 858.
Mironescu s. Friedberger.
Misch, Julius, s. Ledermann.
— W., Zwei Fälle von Nephritis chron. dolorosa ohne jeglichen Harnbefund 772.
Mistiaen, Beweis der Überlegenheit der Zubereitung von Neosalvarsan b. Luftabschluß üb. die Methode der Zubereitung bei Luftzutritt 878.
— Kolloide u. Blennorrhoe 757.
Miyaji, S., s. Prowazek.
Miyauchi s. Rehn.
Mochi, L., Nephritis interstitialis et parenchymatosa b. Erbsyphilis 1157.
Model, Minna, Staphylo- u. Streptokokken bei Skabies u. einigen anderen banalen Dermatosen 825.
Mössmer, Ernst, Beitrag z. Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs 939.
Monrad (Kopenhagen), Üb. kutane u. perkutane Tuberkulinreaktionen b. Kindern 1009.
Montgomery, Douglas W., Die Alopezia b. Hyothyreosis 748.
— Die Verwendg. v. Borsäure b. Hautkrankheiten 850.
— u. Culver, George D., Ein Fall von asymmetrischer Raynaudscher Krankheit 656.
Monti, Rom., Die Behdlg. der Lues congenita mit Embarin 1085.
Moore, H., Tertiäre Ulzeration m. Salvarsan behandelt 1087.
Moos (Berlin), Unterschiede in der Ausscheidg. u. Ausnutzung des Jods 852.
Morawetz, Gustav, Zur Diagnose u. Therapie der Variola 988.
Morlot u. Zuber, Zwei Fälle akuter Quecksilbervergiftung 855.
Morris, M., Die Beziehgn. der Internsekrete z. dermatolog. Affektionen 824.
Moutot s. Nicolas.
Mucha, V.. s. Kyrle.
Mühlens, P., Über Fleckfieber u. Rückfallfieber 965.
Mühsam, Hans u. Jacobsohn, Julius, Üb. Beziehgn. zw. Anaphylaxie, Urtikaria u. parenteraler Eiweißverdauung 880.
Müller, H., s. Heß.
— Ulcus molle od. Primäraffekt, eine therapeutische Betrachtung 1064.
— u. Bender, E., Versuche m. d. Nicolleschen Gonokokkenvakzin (Dmegon) 783.
— M., Zur Frage von dem Nutzen der Reglementierung der Prostituierten 820.
Muhlberg, William, Einige prakt. Konsequenzen von 8000 Urinuntersuchungen 670.
Munger, Carl E., Angioneurotisches Ödem 879.
Murlin, John R. 722.
Mussatow, N. A., Z. Frage üb. die Bhdlg. d. chron. blennorrh. Salping-Oophoritiden dch. intrauterine Injekt. von Argentamin. 733.

Nanta u. Lavau, Über Naevus anaemicus 869.
Narbel, Btrg. z. Studium des Zeckenstiches 869.
Nathan, Ernst, Üb. die Tschernogubowsche Modifik. d. Wasserm. Reaktion 1154.
Natonek, Desider, Btrg. zur Bewertung der quantitat. Harnindikanbestimmung 697.
Necker, Friedrich 1178.
Nehl, Fritz, Üb. den Einfluß d. Nervensystems a. d. Pigmentgehalt d. Haut 805.
Neisser, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten 928.
— Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen 994.
— Schaudinns Entdeckung im Jahre 1905 1024.
— Welche Lehren können wir aus den wd. des Krieges gewonnenen Erfahrgn. f. d. weiteren Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten ziehen 1089.
— Üb. das urtikarielle Ekzem 1153.
— M, Bemerkgn. zum „Pockenprozeß Spohr-Bachem“ 970.

Digitized by Google

Netter, Arnold u. Köchlin, Jean, Urtikaria als Folge von Blutegelapplikation 881.
Neuber, E. 1010.
Neuda, P., Zur Pathogenese des Quinckeschen Ödems 880.
Neugebauer, Oskar, s. Oppenheim, M., ferner 722.
Neumann, Paul, Beitrag z. Statistik der Kinderkrankheiten Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Masern in Preußen i. d. J. 1901—1912 938.
Neurath, R., Luetische Meningoenzephalitis b. e. Kinde 1176.
Newcomer, W. S., Radium u. d. Röntgenstrahlen i. d. Strahlentherapie 841.
Nicolas, J., Moutot, H. u. Gaté, J., Zwei Fälle von Schädelsyphilis mit großen Sequestern 1113.
Nicolle, C. u. Blaizot, L., Haltbare u. nichttoxische Antigonokokkenvakzine 782.
Nielsen, Ludw., Ein Fall v. Syphilis mit Primäraffektion in der Vagina 1174.
Nitzesco, J. J., Zeinolytische Fermente im Blut Pellagrakranker 901.
Nixon, J. A., Fall von Baumwollensamen-Dermatitis 1106.
— Universelle Pigmentation zur Diagnose 1130.
Nobécourt (Paris), Syphilitische Meningitisformen 1175.
*Nobl, G., Über Lupus follicularis disseminatus 1163.
Le Noir, Untersuchgn. üb. die Häufigkeit der Syphilis 1033.
Nonne, Max, Syphilis und Nervensystem 874.
— Das Problem d. Therapie d. syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse 1177.
Nordmann, O., Die Chirurgie d. prakt. Arztes 835.
Novotný, J., Die Bhdlg. mit Kohlensäureschnee 853.
Nußbaum, M., Zur Frage von der Entstehung u. Bedeutung der Geschlechtszellen 803.

Oberländer, Felix Martin 994.
Obmann, K., Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis 1005.
Obregia, A. u. Popea, A., Besonderer Einfluß des Neosalvarsans a. d. Speichelsekretion 878.
Ochs, Benjamin F., Dermatosen bei Toxämien 821.
Odstrčil, J., Bhdlg. der Blennorrhoe mit Joddämpfen 738.
Ohlmacher, A. P., Ein Verfahren z. Umgehung der Schwierigkeiten der Verpflanzung bei Gonokokkenkulturen 810.
Olion, Th., Üb. die Wirkg. des Radiums bei Carcinoma vulvae 717.
Oliva, V., Totale Ureterektomie wg. Tumor 669.
Oliver, W. J., Fall von Tinea Mikrosporon der behaarten Kopfhaut beim Erwachsenen 984.
— s. Sequeira.
D'Onghia (Neapel), Die Bedeutung u. Wichtigkeit der Albuminurie b. Tuberkulösen 691.
Oppenheim, Hans, Z. Puderbhdlg. des Fluors b. Weibe 717.
— M., Drei noch nicht beobachtete Gewerbekrankheiten d. Haut 924.
— Buchsbaumdermatitis b. e. Gärtner, hervorgerufen dch. die Zurichtg. d. Blätter des heimischen Buchsbaumes 924.
— Typische Nagelveränderg. b. Kapsel- und Patronenarbeiterinnen 924.
— Progrediente Ätznatronwirkung auf die Nägel eines Glasergehilfen 924.
— u. Neugebauer, O., Gewerbliche Hautkrankheiten 925.
Orlowski, Paul, Verursachen sterile Tripperfäden weißen Fluß? 719.
— Üb. die Technik der Bhdlg. der akuten Blennorrhoe 800.
Ozaki, J., Üb. die bakteriolog. Bedeutg. der Hautdrüsensekrete b. d. asept. Chirurgie 825.

Pancoast, Henry K., s. Keene.
Parker, Gilbert, Purpura haemorrhagica 903.
Pasini, Agostino, Nah- u. Fernresultate d. Röntgentherapie b. einigen infiltrativen Hauterkrankungen 830.
— Toxische Nebenerscheinungen des Embarins 851.
— Krieg, Prostitution u. Geschlechtskrankheiten 869.
— Über das Leukoderma syphiliticum 1087.
Paul, Gustav, Zur Differentialdiagnose der Variola u. der Varizellen. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchens u. ihre frühzeitige Erkennung 988.
— Über Blattern u. Blatternbekämpfung 988.
Paus, Nikolai, Zwei Fälle von Nierenzysten 664.
Pedersen, Victor Cox, Eiter im Urin 672.
Pellegrini, Rinaldo, Btrg. zur Kenntnis der Leukoenzephalitiden bei Erbsyphilis 1083.
Pels, J. R., Ein Fall von miliarem Lichen planus m. ungewöhnl. klin. u. pathol. Befunden 653.

Digitized by Google

Pernet, George, Trichotillomanie m. anderen artefiziellen Läsionen 690.
— Fall von Lupus erythematosus 867.
— Zwei Fälle von Dermatitis factitia 893.
— Fall von tertiärer Syphilis 895.
— Eruptionen dch. eine „Blutmixtur" 1107.
— Erythema induratum Bazin 1107.
— Ulcus rodens 1109.
— Gelbfärbung d. Haut dch. Pikrinsäure 1109.
— Rekurrierende bullöse Eruption der Hände und Füße (Akropompholyx) 1128.
— Primäraffekt am Handgelenk 1131.
— Morphoea 1131.
Perroncito, Aldo, Die Ätiologie der Pellagra 899.
Petersen, Hjalmar, Kongenitale familiäre hereditäre Alopezie a. d. Basis eines Hypothyreoidismus 725.
— William, s. Jobling.
Petruschky, J., Bakteriologische Befunde bei Fleckfieber 966.
Peyri Rocamora, Jaime, Mineralwasserbhdlg. d. squamösen Dermatosen 838.
— Der gegenwärtige Stand der Lichttherapie 839.
Pick, Walther 738.
Pinck, Hayward, Bericht d. Radiuminstitutes in London 841.
Pinczower, A., Zur Kenntnis der Polyneuritis syphilitica 730.
Pipping, W., Üb. Anwendg. u. Bedeutg. der Pirquetschen Reaktion im Kindesalter 1010.
Pisek, Zur Diagnose u. Prophylaxe des Flecktyphus 968.
Polland, R., Die oberhäutg. großer Hautdefekte unter bes. Berücksichtgg. der Anwendg. v. Pellidol u. Azodolen 837.
*Pontoppidan, B., Üb. die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum 734, *1077.
— Erik, Blennorrhoische Krankheiten d. weibl. Genitalien 732.
*— Gonorrhoe der weibl. Genitalia interna 843.
Popea, A., s. Obregia.
Porcelli-Titone, F., Üb. die Gegenwart verschiedener Antikörper im Serum Syphilitischer 870.
Porges, O. u. Strisower, R., Über Marschhämoglobinurie 697.
Portner, Ernst, Diagnostik u. Therapie der Hämaturie 695.
— Heiratsfähigkeit nach Tripper 718.
Posner, C., Zylinder u. Zylindroide 691.
*— Felix Martin Oberländer † 1061.
Posselt, Karl 738.
Potter, Alfred, Dermatitis bullosa, dch. den Bac. coli verursacht 748.
Powell, R., Die Bhdlg. der akuten Blennorrhoea b. Männern 755.
Poyet, Gaston u. Tarneaud, Jean, Syphilit. Perforation des Gaumensegels u. hartnäckige Halsdrüsenschwellung erfolgreich mit Enesol behandelt 1087.
Pranter, Victor, Üb. die Bhdlg. schwerer Erfrierungen 925.
Preisich, K., Die Bhdlg. des Scharlachs 943.
Pringle, J. J., Ein Fall von Pemphigus vegetans 866, 1128 ferner 868.
v. Prowazek, S. u. Miyaji, S., Weitere Untersuchgn. üb. das Vakzinevirus 1004.
Przedpelska, Halina, Untersuchgn. üb. das Verhalten des Liquor cerebrospin. b. älteren Heredosyphilitikern 1082.
Pulvermacher, L., Orientbeulen 1126.
Puntoni, V., Störungen d. Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen 822.
Puscariu, Elena, Bhdlg. d. Konjunktivitis blennorrhoica m. Äthylhydrokuprein 731, 732.

Radenićio, Ein Fall von Erythromelalgie, kombiniert m. Raynaudschem Symptomenkomplex 897.
Raizies, G. W., s. Schamberg.
Rasch, Chr., Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex („Akrosarkoma" Kaposi) m. Knochenaffektion 1153, ferner 762.
Ravitch, M. L., Welche Stellung nimmt gegenwärtig die Bhdlg. m. Autoserum in der Dermatologie ein? 839.
Ravogli, A., Lupus erythematosus diffusus, unter Mißerfolg m. Tuberkulin behandelt 748.
Rebaudi, U., Üb. die interne Bhdlg. der blennorrhoischen Urethritis 755.
Reed, A. C., Syphilis in China 1033.
Reenstierna, John, Einige Versuche m. der Antigonokokkenvakzine nach M. Nicolle-Tunis 783.
— Impfversuche an Affen m. d. Gonokokkus Neisser 729
Regnauld u. Cottin, Azidität des Harns bei Tripper 718.
Reh, G. u. Heuck, W., Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs 1026.
Rehder, Hans, Üb. die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse 939.
Rehn, Ed. u. Miyauchi, Das kutane u. subkut. Bindegewebe in veränderter Funktion 802.
Reiche, F., Serumexantheme 896.
Reinhard, F., Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen b. e. Säugling 733.

Digitized by Google

Reisinger, G., Zur Epidemiologie der Kriegsseuchen. Flecktyphus und Blattern 965.
Reissmann, Rudolf, Üb. die Anwendg. der zehnprozentigen Protargolsalbe 853.
Remertz, Statist. Btrg. zur Paralysefrage bei Mittel- und Unterbeamten m. bes. Berücksichtgg. der Militäranwärter 1133.
Remlinger, P., Btrg. z. Studium der antiblennorrh. Vakzinetherapie 761.
Remund, Bericht üb. den Verlauf der Militärimpfungen anläßl. der Pockenfälle in der Kaserne Aarau 992.
Renisch, Kollargol u. Arthigon b. blennorrh. Komplikationen 757.
Renz, H., Zur Klärung der Embarinfrage 851.
Rezniček, Richard, Klin. Studien üb. den Dermographismus 880.
Ricker, G. u. Hesse, W., Üb. den Einfluß des Quecksilbers, namentl. d. eingeatmeten, auf die Lungen v. Versuchstieren. Mit e. Abschnitt üb. die Lungengefäßnerven 854.
Riehl, G., Bemerkgn. üb. Erfrierung 926.
Riether, Gustav, Syphilis und Findelanstalt 1048.
Rille, J. H., Hämophilie u. heredit. Syphilis 1083.
del Rio y Hortega, P., Neue Methode z. Färbg. der Syphilisspirochäte 807.
Riosalido, Syphilis ossea hereditaria tarda 1084.
Risel, Die Diagnose der Blattern 970.
Robertson, W. E. u. Klander, J. V., Verschiedene Typen von Syphilis 1081.
Robinson, G. W., Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von Schönheitsmitteln 674.
Röntgen 722.
Roger, H., Die syphilitischen Meningitiden 1175.
Rondoni, Pietro, Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser 901.
Roos, Heilung e. Falles von Schwangerschaftsdermatose m. Ringerscher Lösung 880.
Rosenberg, Drei Fälle von zyst. Dilatation des vesikalen Ureterendes 656.
Rosenbloom, Jakob u. Cameron, C., Stoffwechselstudien b. e. Falle chron. Urtikaria 654.
Rosenfeld, Üb. syphilitische Myokarditis 1159.
Rosenstein, Julius, Soll die gesundheitl. Überwachung der Prostitution aufgehoben werden? 820.
Rosenthal 1104.
Rosenwald, Leon, Ein Fall von totaler Spaltung der Glans penis 800.
Rost, E., Üb. die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) u. der Primula obconica nebst Bemerkgn. üb. Rhus vernicifera 855.
— G. A., Btrge. z. Vakzineanwendung bei Blennorrhoe 762, ferner 826.
Rostaine, P., Herpes genitalis 928.
Roth, O., Z. Kenntnis des Oedema angioneuroticum paroxysmale 880.
Rothe, L., s. Jadassohn.
Rotschild, A., Urologisches vom Kriegsschauplatz 773.
Rubinato, G., Pellagra m. Addisonschem Symptomenkomplex 900 (Bis).
Rucker, W. C., Die Notwendigkeit der Errichtung eines staatlichen Leprosoriums 1006.
Rühl, Karl, Die neuen Theorien üb. die Ätiologie der Pellagra 898.
Ruhräh, John, Die Prophylaxe der Masern 963.
Runge, Ernst, Die Verwendg. der Gonokokkenvakzine bei blennorrhoischen Frauenleiden 732.

Saalfeld, Edmund, Kosmetik u. Anatomie 836.
— Über Thigan 878.
— Kosmetik 1157.
— Sommerhautkrankheiten im Felde 1160.
Sabella, Pietro, Die Wirkg. der Vakzinetherapie b. d. verschied. Lokalisationen der blennorrhagischen Infektion 761.
Sachs, Otto, Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe 761.
— Vorschläge, betreffend die Bekämpfg. der vener. u. einiger parasit. Hautkrankheiten im Heere 810.
Saeves, Inga, Experim. Btrge. zur Dermatomykosenlehre 728.
Sahnstein, D. L., s. Gottheil.
Sakaguchi (Tokio), Über die Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner. (Klin. u. histolog. u. pathogenetische Studien m. bes. Berücksichtgg d. milienartigen Gebilde u. d. elast. Fasern) 1154.
Salmony, Lony, Längenmessung d. weibl. Urethra 726.
Salzmann, Max 674.
*Šamberger, F., Die entzündl. u. urtikarielle Hautreaktion 739, 763, 791, 947, 976, 999.
— Erythema exsudat. solare 937.
— Tuberculosis cutis papulosa 1027.
Samuel, H. C., Naevus linearis b. Mutter u. Kind 1108.
Sandler, Davis 1178.
Santos jun., Carlos, Widerstandsfähigkeit des Gonokokkus gg. Temperaturen von 45° u. 50°. Direkte Wirkg. der Dithermieströme 809.

Digitized by Google

Santos, R. Noiva. Üb. die Bildg. d. Harnzylinder 691.
Saphra (Berlin), s. Hahn.
Sarason, D., Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens 657.
Dom Sauton, Ist die Lepra kontagiös? 1007.
Savill, A., Ionisierungsverfahren b. venerischen Krankheiten 733.
Scala, Alberto, s. Alessandrini; ferner 786.
Scalone, J., Besondere morpholog. Gebilde b. e. polymorphen fadenförmigen Keim i. e. Fall v. renovesikaler Bakteriurie 693.
Schäffer, J., Die Therapie der Haut- u. venerischen Krankheiten 1045.
Schamberg, Jay F., Kolmer, John A. u. Raizies, G. W., Eine Studie zur keimtötenden Wirkg. des Chrysarobins u. gew. anderer bei Psoriasis gebräuchl. Medikamente 653.
— — — Eine Studie d. biochem. Eigenschaften des Chrysarobins 655.
Schatzmann, Max, Untersuchgn. üb. die Hämatologie d. Variola u. der Vakzine 989.
Scheel, O., Ein Fall von Meningo-Myelo-Encephalitis luetica m. Untersuchg. der Spinalflüssigkeit 1176.
Schenderowitsch, P., Die Bhdlg. der Blennorrhoe der Neugeborenen u. Erwachsenen in der Bremer Univ.-Augenklinik 721.
Schepelmann, Emil, Trauma u. chron. Infektionskrankheiten 1049.
Scherber, G., Die Anwendg. des Elarsons, eines neuen Präparates i. d. Dermatologie 850.
— Üb. die Hauterscheinungen b. Meningitis cerebrospinalis, m. bes. Berücksichtgg. des Herpes 1152.
Schereschewsky, J., Primäreffekt u. Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen, bewirkt dch. Reinkulturen von Syphilisspirochäten 1063.
Schieck, Die Bedeutung der von J. Schereschewsky angebl. dch. Syphilisspirochäten hervorgerufenen Keratitis parenchymatosa 1086.
Schiff, A., Beobachtgn. üb. die Auslösung transitorischer Albuminurie beim Menschen 692.
Schmidt, R., Theorie u. Praxis der Variola 969.
Schneider, Die Kindheit der Prostituierten 1133.
Schönfeld, Max 970.
Schöppler, Hermann, Üb. den heutigen Stand d. geschichtlichen Syphilisforschung 1032.
Scholefield, R. E., Pemphigus bei einem Kinde 1129.
Scholtz, Moses, Bericht eines Falles von Dermatitis herpetif. (Duhring) kombin. m. Arsenpigmentationen u. Arsenkeratosen 800.
— W., Der heutige Stand der Salvarsanbhdlg. der Syphilis 726.
Schramm, C., Ein Fall v. hypoplast. Beckenniere m. Steinbildg. im dilatierten Nierenbecken 657.
Schroeder, Henry H., Syphilis und Lebensversicherung 673.
Schultze, E. C. u. Goldberger, L. A., 128 Scharlachfälle bhdlt. m. Vakzine u. nach der Methode v. Milne 942.
Schulz, Werner, Scharlachbehandlung mit Humanserum u. Serumlipoide 941.
Schulze-Tigges, Über syphilit. Mastdarmstrikturen 1136.
Schumacher (M.-Gladbach), Zur Ätiologie des Erythema nodosum 938.
*— Josef, Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum 676.
— Üb. den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum z. Desinfektion d. Harnwege 726.
— Zur Gonargintherapie 756.
*— Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen 860.
*— Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation 919, 997.
— Zur Abortivbhdlg. der Blennorrhoe 1025.
*— Üb. den Einfluß reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt der Gonokokken 1035, 1054.
Schuster 1106.
Schweder, H., Üb. die geschichtl. Entwicklg. u. d. heutigen Stand der Vakzinebehandlung 838.
Schwefel, A., Ein abnormer Verlauf d. rechten Ureters b. e. Fall v. Dickdarmatresie u. Hodensackmißbildung 669.
Schwering (Billerbeck), Die Bhdlg. der Frostbeulen 925.
Scott, Die Nastinbhdlg. der Lepra 1008.
Seger, Emil, Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior 737.
*Seifert, Otto, Btrg. zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten) 971.
Seiffert, G., Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers 989.
Sémionov, V. P., Wirkg. d. Gonokokkenvakzine a. d. chron. blennorrh. Arthritis 735.
Semon, H. C., Madura-Fuß 1130.
— Mycetoma pedis 1155.
Sepp, Eugen, Üb. die Pathogenese der Tabes 1178.
Sequeira, J. H., Trockene Zehengangrän b. e. 16 Monate alten Kinde 868.
— Eier von Haematopinus suis 868.
— Lichen planus v. ungewöhnl. Chronizität 895.

Digitized by Google

Sequeira, J. H., Syphilitische Gummata b. e. Kranken mit Diabetes insipidus 1109.
— Favus des Kopfes und Stammes 1110.
— Dermatitis herpetiformis 1129.
— Fall von Pityriasis rubra pilaris 1132.
— u. Oliver, W. J., Kulturen v. Tinea mikrosporon d. Kopfhaut beim Erwachsenen 1110.
Seyffert (Aruscha), Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten 857.
Sézary, A., Syphilis u. Nebennieren 1136.
Sheldon, J. H., Bericht üb. eine ungewöhnl. Wirkg. von Neosalvarsan a. d. Haut 878.
Sibley, W. Knowsley, Lymphadenom m. Hautläsionen 689, 868.
— Angiokeratom 865.
— Erythema pernio, (?) Lupus erythematosus 865.
— Sklerodermie 894.
— Fall zur Diagnose (Tuberkulid?) 1107.
— Fall von Epidermolysis bullosa 1109.
— Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis 1128.
Silberknopf, Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit begleitendem Erythem 969.
Siler, J. F., Garrison, P. E. u. Mac Neal, W. J., Weitere Beobachtgn. der Thompson-Mc Faddenschen Pellagrakommission 898.
Simmonds, M., Die Nebenniere bei Syphilis congenita 1083.
Simpson, F. E., Radium; dessen Wirkungsgebiet i. d. Dermatologie 841.
Singer, Gustav, Über dysenterische Rheumatoide 880.
van Slyke, D. D., s. Ellis.
*Smilovici, Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum 675.
Smith, George M. 786.
— K. W., s. Brereton.
Sommer (Breslau), Prakt. Resultate m. d. Kaviblentherapie 720.
Soper, Üb. das Verhalten des retikuloendothelialen Zellapparates ggüb. d. Bestrahlung u. d. Transplantation 833.
Sowade, H., Üb. die Kultur der Spirochaeta pallida 808.
Spencer, George Warren 674.
Spiethoff (Jena), Das Blutbild b. d. chron. u. akuten Form des Lupus erythematodes 729.
Spillmann, R., Warum müssen wir immer an Syphilis denken? 1032.
Squires, J. W., Üb. die Kutanreaktion Noguchis bei Syphilis 712.
Stanziale, Rodolfo, Neue Untersuchgn. üb. experimentelle Lepra des Kaninchenauges 730, 1007.
— Produktion v. Antikörpern b. Versuchstieren dch. Rhinosklerombazillen 809.
Starke, Zur Bhdlg. des Lupus m. d. Friedmannschen Mittel 1031.
Stebbing, G. F., Fall zur Diagnose (Sommereruption) 1131.
Stein, J. B., Exakte Diagnose blennorrhoischer Stomatitis 737.
— Robert Otto 882.
Steinschneider (Cherson), Masern b. e. neun Tage alten Säugling 963.
Stelwagon, Henry 882.
Stengel, A. u. Austin, J. H., Syphilitische Nephritis 1136.
Stephenson, J. W., Die intensive Bhdlg. d. Syph. des Zentralnervensystems dch. intravenöse Neosalvarsaninjektionen u. Quecksilberschmierkur 1175.
Stephenson, Sydney, Ein Fall v. Knotenjodismus, der ein Gumma des Augenlides vortäuschte 923.
Stern, Carl, Die Bhdlg. geschlechtskranker Soldaten im Felde 881.
*— Zur Technik der Neo-alvarsananwendung 1040.
— Karl, Über Dosierung der Röntgenstrahlen 840.
Sternberg, J., Kosmetische Rücksichten i. d. operativen Chirurgie 1034.
Stevenson, W. C., Theorie u. Technik einer neuen Radiumtherapie nebst Mitteilungen üb. eine Reihe von Fällen, die wd. d. letzten neun Monate bhdlt. worden sind 842.
Stiner, Otto, Zur Ätiologie u. Diagnose der Pyelozsytitis im Kindesalter 667.
Stokes, John Hinchman, Eine klinische, patholog. u. experim. Studie der Veränderg., welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden 651, 652.
— s. Wile.
Stoll, H. F., Die Späterscheinungen der heredit. Syphilis unt. bes. Berücksichtgg. der Arterienerkrankungen 1082.
Stoppato, Ugo, Bhdlg. granulierender Flächen mit heißer Luft, m. bes. Berücksichtgg. der Verbrennungen 926.
Stover, George H. 698.
Stowers, J. H., Alopezie b. Kindern inf. Überdosierung von Röntgenstrahlen 1106.
— Lichen planus atrophicus, seu sclerosus, seu morphoeicus 1131.
— Fall von Adenoma sebaceum 1131.
Strandberg, James, Btrg. z. Kenntnis seltener Nagelkrankheiten 726.
— Fall von Hauttransplantation m. eigenartigem Resultat 1152.
Straßberg, Max, Z. Bhdlg. der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum 734.
Strauß, Arthur, Kupferbhdlg. der Tuberkulose und Chemotherapie 1029.
Strickler, A., s. Kolmer.

Digitized by Google

Stringher, Paolo, Ausgedehnte epitheliomatoide Zerstörung d. Haut d. r. Gesichtshälfte dch. Endophlebitis obliterans u. Neuritis des zweiten Trigeminusastes 1156.
Strisower, R., s. Porges, O.
Stümpke, Gustav, Ein Fall von Angiokeratoma corporis diffusum 729.
— Üb. blennorrh. Granulationen 736.
— Thigan, ein neues äußerl. Antiblennorrhoikum 757.
— Die Vakzinebehandlung u. Diagnose der Blennorrhoe 781.
— Mittels d. Abderhaldenschen Dialysierverfahrens gewonnene Ergebnisse a. d. Gebiete der Dermatologie 831.
— Zur Frage der Salvarsanschädigung 876.
Sundt, H., Syphilis und Tuberkulose 1049.
Swann, A. W., Menschenserum gg. Urtikaria 881.
Swift, H. F., s. Ellis.
Szél, Paul, Üb. alimentäre Galaktosurie b. Morbus Basedowi 695.
v. Szily, Paul, Zur Immunotherapie der akuten Blennorrhagien 731.

Taege, Karl 930, 1050.
Tamm, F., Üb. das Auftreten von Blasen bei Lichen ruber planus 1023.
Tanberg, A., Üb. Phosphaturie 698.
Tarneaud, Jean, s. Poyet.
Taube, Max 994.
Terrier, Ch., Nierentuberkulose in Form e. Nierensteins 665.
Teuffel, R., Kraurosis u. Kankroid 717.
Teuscher (Münster i. W.), Ein handliches Eiweißreagens 693.
Thedering, Über Blaulichtbhdlg. tuberkulöser Hautgeschwüre 1029.
Thelen, Gottfried, Btrge. üb. die zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste u. ihre Bhdlg. dch. Elektrokoagulation 1134.
*Tièche, Üb. zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie 1051.
Tiedemann, A., Zur Therapie der Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches 1028.
Tillgren, J., Etwas üb. die klin. Diagnostik bei Skarlatina 941.
Tizzoni, Guido, Die Pellagra in Beßarabien 897.
— u. de Angelis, Giovanni, Hauptcharaktere d. Streptobacillus pellagrae als Anleitung z. seiner Identifizierung 808.
— — Bedeutg. u. Wichtigkeit des Pleomorphismus b. d. Identifizierung u. Klassifizierung des Streptobacillus pellagrae 902.
Törrenson, Üb. das Salvarsan u. hauptsächl. üb. seine Einführg. in saurer Lösung 858.
Tommasi, Ludovico, Die Tuberkulose als Boden für Arthritis blennorrhagica 718.
Tonsey, S., Röntgenstrahlenkeratosen der Hand b. e. Röntgenologen u. deren Heilung dch. Radium 927.
Tourneux, Jean-Paul, Fall von tuberkulösem Zungengeschwür 1028.
Touton (Wiesbaden), Geschlechtsleben u. Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Krieg und Frieden 930.
— Sexualpädagogik im Frieden u. Krankheitsverhütg. im Kriege 1034.
— Üb. die sexuelle Verantwortlichkeit 1080.
Towle, Harvey Parker, Äußere Vakzinetherapie 651.
Trebing, Johannes, Btrg. zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkg. d. Eisenpräparate zu erklären 850.
Trinchese, J., Infektions- u. Immunitätsgesetze bei materner u. fötaler Lues 1048.
Trombatore, Vincenzo, Lupus nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am linken Beine u. Fuße 1156.
Tscherkassow, Die Bhdlg. verschiedener Hautdefekte m. Scharlachrotsalbe 837.
v. Tschermak, A., Über Herpes zoster nach Schußverletzung eines Nerven 1025.
Tullio, P. s. Albertoni.
Turnbull, H. M. s. Alderton.
Turner, Dawson, Die Radiumbhdlg. in „The Royal Infirmary“ in Edinburgh i. J. 1914 842.
— George 674, 1010.
Tyler, F., Die Fulgurationsbhdlg. gewisser Neubildungen 799.
Tzanck, Bhdlg. d. Früh- u. Spätsyphilis d. Nervensystems m. intrarachidischen Injektionen 1177.

Uhl, Carl, Üb. das Geschlechtsleben u. seine Gefahren 1112.
Ullmann, Karl, Üb. die verschiedene Wirkg. einer Arsenverbindg. a. d. Leber nach subkut. od. intrav. Injektionen 713.
— Zur Salvarsanintoxikation 876.
— Zwei vielgebrauchte therapeut. Erfordernisse für den Militärarzt 1034, ferner 858.
Unna, P. G., Die Sauerstofforte u. Reduktionsorte 661.
— Zur Chemie der Zelle 802 (Bis).
— Die Herkunft d. Plasmazellen 805.
— Kriegsaphorismen eines Dermatologen 1026.
— u. Gans, O., Zur Chemie der Zelle 801.
— jun., P., Neuere Erfahrgn. üb. Pockennarbenbehandlung 991.
Urjch, John Henry 698.

Digitized by Google

Uteau, R. u. Saint-Martin, E., Bhdlg. der akuten Blennorrhoe 754.

Vajda, Nik., Choleval i. d. Therapie der Blennorrhoe 755.
Vas, J., Im Anschlusse an angeborene Syphilis entwickelte u. zurückgebliebene vollkommene Epiphyseolysis 1112.
Vedder, E. B., s. Ashburn.
— G. G. u. Hough, W. H., Üb. die Häufigkeit der Syphilis b. d. Insassen der staatlichen Irrenanstalten 1046.
Veiel, Fritz 738.
v. Veress, Franz 1162, 1178.
de Verteuil, F. L., Die Wirkung des Radiums auf den Leprabazillus 1008.
Verworn, Max, Zur Frage des Reservesauerstoffs in der lebendigen Substanz 803.
Vidal, E., Wirkung der Heliotherapie b. d. Bhdlg. der Hauttuberkulose 1029.
Vidoni, G. u. Gatti, S., Üb. die Abnormitäten u. Krankheiten der Haut u. d. Hautadnexe bei Geisteskranken 826.
Vignolo-Lutati, Carlo, Btrg. zum Studium der Hypertrichosis circumscripta congenita d. Wirbelsäule ohne Spina bifida 871.
Viguier, A., s. Brault.
Voegtlin, C., Die Bhdlg. der Pellagra 903.
Vörner, H., Zur Kenntnis der Zaraath, des alttestamentlichen Aussatzes 1024.
— Zur Kenntnis des Naevus anaemicus „Vörner" 1153.
Vogt, E., Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion 881.
Voigt, Über Diabetes mellitus und Impfung 1004.
— Die Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpockenimpfstoffes 1005.
Volk, Richard, Zum Krankheitsbegriff des sog. Ulcus acutum vulvae 717; ferner 906.
Volland, Persönl. Erlebnisse mit der Variola 969.
— Zur Bhdlg. der Pocken 991.
Volpino, Guido, Weiteres üb. die Überempfindlichkeit der Pellagrakranken für die Maisextrakte 901.
— Der diagnost. Wert des Pellagrogenin 902.

Waelsch, Ludwig, Üb. experimentelle Erzeugg. v. Epithelwucherungen u. Vervielfachungen des Medullarrohres (Polymyelie) bei Hühnerembryonen 834.
Walker, Charles H., s. Klein, Fr.
Walko, Karl, Über primäres Auftreten der Blattern im Rachen u. in den oberen Luftwegen 989.
Walkowski, Johann, s. Krzysztalowicz.
Walsh, David, Fall von Pompholyx 1128.
— Fall zur Diagnose 1131.
Walters, W. A., Der Nachweis von Spirochaeta pallida dch. Verwendg. v. chinesischer Tusche 807.
Wassermann s. Czapek.
v. Wassermann 1105.
Weber, F. Parkes, Zwei Fälle von Sklerodaktylie 983.
— Generalisierte atrophische Sklerodermie mit Sklerodaktylie 1108.
— Falsche Erythromelalgie. Bemerkungen üb. die nichtsyphilit. Arteriitis obliterans bei Juden 1110, 1129.
— Blaufärbung d. Haut dch. subkut. Morphiuminjektionen 1131; ferner 1132.
Wechselmann, W., Über Salvarsannatrium 877.
Weckowski (Breslau), Rotationsapparat f. Radiumbestrahlung 841.
Weill, O., Üb. die Häufigkeit d. Syphilis in den inneren Organen 1113.
— s. Desneux.
Weiss, Ludwig, Ein ungewöhnl. Fall von Bromoderma des Beines 922.
Welde, Ernst, Üb. die heutige unzulängliche Bhdlg. der Lues congenita 1084.
Wendenburg, Friedrich, Die Ätiologie der orthot. Albuminurie unter bes. Berücksichtigung ihrer Beziehungen z. Tuberkulose 692.
Werther (Dresden), Üb. e. Fall v. Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chronica, welcher die drei Typen der Parapsoriasis vereint 727.
— Üb. Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syphilisbehandlung 1177.
— Üb. einen Fall von Lichen ruber acuminatus universalis mit begleitender Erythrodermia exfoliativa, subakutem Verlauf u. Heilung b. e. 2jähr. Kinde 1024.
White, Charles J., Eine statistische Studie üb. Syphilis. Das Verhältnis ihrer Symptome zu späterer Tabes dorsalis u. allgem. Paralyse 1046.
Whitfield, A., Akarus bei Kopra-Jucken 1107, ferner 867.
Wick, W., Morbilloid 963.
Wiesner s. Dessauer.
Wilder, R. M., Die Bakteriologie des Typhus exanthematicus 966.
Wile, A. J., Syphilis des Ösophagus 1114.
Wile, U. J. u. Stokes, J. H., Die Beteiligung des Nervensystems wd. des Primärstadiums der Syphilis 1063.
Williams, Tom A., Ein Fall v. multipler Sklerose auf syphilit. Grundlage, in welchem die Diagnose nach den klin. Symptomen gestellt wurde, trotz des negat. Ausfalles der Laboratoriumsuntersuchungen 714.

Digitized by Google

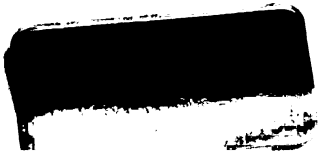
Williger, Mundschleimhautentzündungen 929.
Willson, Robert N., Scharlachähnliche Eruptionen b. septischen Zuständen 825.
Wilson, A. C., Die Bhdlg. der blennorrh. Epididymitis n. d. Bierschen Methode 736.
— Nelson Walton 1010.
— S. A. Kinnier, s. Dore.
Windell, J. F., Über Trichophytie in der Leistengegend 872.
Winkler, Max, Knötchenförmige Erkrankg. am Helix (Chondrodermatitis nodularis chronica helicis) 729.
Winternitz, J., s. Leszlenyi.
Wittek, A., Z. Bhdlg. der Erfrierungen 926.
Wolff, Fr., Z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten 818.
Wollbarst, Abr. L., Beschreibung zweier Fälle. In dem ersten war ein Stein im Orifizium d. Ureters eingeklemmt; im zweiten war eine Hutnadel einer Dame in einer männlichen Urethra. Beide Gegenstände wurden dch. e. operativen Eingriff m. d. Zange entfernt 873.
Würtzen, C. H., Die Finsen-Behandlung bei Pocken 991.

Záhoř, A., Die Ausscheidg. des Quecksilbers b. d. Bhdlg. mit Quecksilberpräparaten 854.
Zeisler, Joseph 786.
Zieler, Z. Bhdlg. v. Geschlechtskrankheiten b. den im Felde stehenden Truppen 928.
Ziffer, Diabetes mellitus und Impfung 992.
Zinn, W., s. Klemperer, G.
Zinsser, Ulcus cruris syphiliticum und syphilit. Erkrankungen der Unterschenkelknochen 1133.
— Hans u. Hopkins, J. Gardner, Die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida in diffusem Licht bei Zimmertemperatur 807.
Zuber s. Morlot.
v. Zumbusch, Leo 698, 738.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
biom,per bd.61
stack no.50

Dermatologische Wochenschrift.

3 1951 002 741 476 6

LIMITED
Minnesota Library Access Center
9ZAR05D16S16TI3

Digitized by Google